Rok XLI. Kraków 22 Listopada 1902. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Prof. Dra Marsa we Lwowie.

Czy istnieje fizyologiczne zwolnienie tętna w połogu?

Zestawił

Dr. Stanisław Lewicki,

Demonstrator kliniki.

Zmiany w tętnie, jakie zauważyć możemy u położnic w tym okresie, kiedy się znajdują w naszej obserwacyi, a więc w kilku lub kilkunastu pierwszych dniach połogu, nie należą wcale do objawów dotychczas nieznanych. Już Chińczycy, ci praojcowie medycyny, potrafili je spostrzegać i umieli wyciągać z nich wnioski, tyczące się dalszego więcej lub mniej korzystnego przebiegu połogu. Tschang-Ki[1]) w swej „Nauce o tętnie" mówi, że tętno wolne i małe każe się spodziewać dobrego przebiegu połogu; tętno szybkie, silne, „zapowiada nieszczęście".

W roku 1765 wspomina Whytt o zwolnieniu tętna w połogu; później Levret (1766); klinicznie opracowywali ten temat Cirello (1802), Capuron (1811), Montgomery (1857), Mac Clintock (1861), który u matki trojaków spostrzegał najniższą dotychczas znaną liczbę tętna, bo 30 uderzeń na minutę; dalej Levy (1862), Pastorello (1863) i wielu innych.

Od czasu wystąpienia Blota w r. 1864[2]) sądzono powszechnie, że sprawa ta jest już zupełnie rozwiązaną i zwolnienie tętna uważano za jeden z cechujących objawów w połogu. Zasady głoszone przez Blota, a uważane po r. 1864 za niezbite, są następujące:

1. U położnic zdrowych spotyka się z reguły mniej lub więcej wybitne zwolnienie tętna.

2. Jestto objaw ogólny, stwierdzany u wszystkich położnic, nie zaś objaw wyjątkowy, spotykany tylko u położnic, które już przed ciążą odznaczają się wolnem tętnem.

3. Stopień zwolnienia tętna jest rozmaity. Trzy razy spostrzegał Blot zwolnienie do 35 uderzeń, lecz zwykle wahało się ono między 44 a 60 uderzeń na minutę.

4. Częściej spotyka się ten objaw u wieloródek, niż u pierwiastek.

5. Czas trwania zwolnienia waha się między kilku godzinami (do 10) a trwać może nawet 12 dni. Jest on o tyle dłuższy, o ile wybitniejszem jest zwolnienie.

6. Krzywa zwolnienia przedstawia zwykle jeden i ten sam przebieg. Zaczyna się obniżać 24 godzin po porodzie, dochodzi zwolna do *minimum*, jakiś czas utrzymuje się stale w tej samej najniższej wysokości i następnie zwolna się podnosi.

7. a) Czas trwania porodu nie zdaje się wywierać wpływu na zwolnienie tętna.

b) Można je spostrzegać tak po poronieniu, porodzie przedwczesnym, jak i po porodzie czasowym.

8. Zmiana pozycyi położnicy wywiera nań znaczny wpływ.

9. Zwolnienie tętna jest objawem prognostycznym dobrym. Znajduje się je tylko u położnic zdrowych.

10. Przyczyny tego objawu nie należy dopatrywać w rodzaju wyczerpania nerwowego, jak sobie początkowo Blot tłómaczył. Doświadczenia, wykonywane wraz z Mareyem wykazują, że jest on w związku ze zwiększeniem się parcia tętniczego po porodzie.

Od czasu publikacyi Blota wszyscy się zgadzają w ogólnych zarysach, że fizyologiczne zwolnienie tętna u położnic jest objawem ogólnym i usiłują tylko wytłómaczyć naukowo to, bądź co bądź ciekawe zjawisko. I tak mamy prace Hémeya[3]), Pajota, Stoltza, Leforta, Baumfeldera[4]) Loraina, Falaschiego, Lougego, Meyburga[5]), Olshausena[6]), Löhleina[7]), Fritscha[8]) [9]), Schrödera[10]), Vejasa[11]), Neumanna[12]), Riegla[13]) i t. d. Różnice zdań zaznaczają się tylko w tłómaczeniu tego zjawiska; posiadamy mnóstwo teoryj, które więcej lub mniej szczęśliwie usiłują sprawę wyjaśnić. Wszystkie te teorye dadzą się zebrać w następujące grupy:

1. Zwiększone parcie tętnicze, a mianowicie: a) przez wyłączenie znacznej liczby naczyń macicy (Marey, Blot, Hémey, Lorain); b) przez większą energię działania przerosłej lewej komory serca.

---

[1]) Sprawozdania z posiedzeń wiedeńskiej Akademii Umiejętności, 1866. T. L II. Müller, Podręcznik T. I. Str. 531.

[2]) Blot. Du ralentissement du pouls dans l'etat puerpéral. Archives générales de médecine. Paryż 1864. Serya VI. Tom III.

[3]) Hémey. Recherches sur le pouls pendant les quinze jours, qui précèdent et qui suivent l'accouchement. (Archives générales d. méd. Paryż 1868.

[4]) Baumfelder: Diss. inaug. Lipsk 1867.

[5]) Meyburg: Über die Pulse der Wöchnerinnen. Archiv f. Gynäkol. Tom XII.

[6]) Olshausen: Über d. Pulsverlangsamung im Wochenbett. (Centralblatt f. Gynäk. 1881).

[7]) Löhlein, cf. Meyburg l. c.

[8]) Fritsch: Centralblatt der med. Wissenschaften 1875.

[9]) Tenże: Bemerkungen zur Pathologie u. Physiologie des Circulationsapparates bei Schwangeren u. Wöchnerinnen. (Archiv f. Gynäkol. T. VIII).

[10]) Schröder: Lehrbuch der Geburtsh.

[11]) Vejas: Mitheilungen über den Puls u. die vitale Lungencapacität. (Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge Nr. 269).

[12]) Neumann: Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynekol. (Tom II. Zesz. IV).

[13]) Riegel: Zeitschrift f. klinische Medicin T. XVII. Zesz. 3 i 4.

2. Teorya wprost przeciwna pierwszej: zwiotczenie ścian naczyń i obniżenie parcia tętniczego (Fritsch, Meyburg, Lébédeff, Porochjakow).

Przeciwko tej teoryi przemawiałby charakter krzywej tętna, oznaczonej sfigmografem (Marey, Meyburg), a mianowicie brak wybitnej dwubitności (dykrotyzmu).

3. Długotrwałe leżenie położnicy, brak jakiejkolwiek czynności mięśniowej, spokój fizyczny i umysłowy („*Hindämmern*“ Fritsch).

Zwolnienie tętna występuje jednak zaraz po porodzie, kiedy nie może być jeszcze mowy o wpływie dłuższego leżenia

4. Ścisła dyeta, skąpa w połączenia azotowe. Mięso a szczególnie jaja mają tętno przyspieszać (Meyburg, Klemmer).

5. Obfite odchody, karmienie, zwiększenie wszystkich wydzielin ustroju (Löhlein).

6. Wchłanianie tłuszczu, powstającego z powodu tłuszczowego rozpadu mięśnia macicy. (Olshausen).

Zmiany jednak w mięśniu macicy występują dopiero w kilka dni po porodzie i trwają przez czas dłuższy, podczas gdy zwolnienie tętna występuje zaraz po porodzie i trwa do 10—12 dnia połogu.

7. Zmniejszona praca serca (Schröder).

8. Zwiększona pojemność życiowa płuc. (Vejas, v. Winckel).

9. Podrażnienie włókien hamujących nerwu błędnego (Neumann, Löhlein, Meyburg).

Obecnie największa liczba autorów, o ile naturalnie zgadzają się na istnienie fizyologicznego zwolnienia tętna, skłania się ku teoryi Frischa, lub teoryi podrażnienia nerwu błędnego.

Ciekawem także będzie podanie najniższej liczby uderzeń tętna, jakie znaleźć można w piśmiennictwie. Jako najmniejszą liczbę, spostrzeganą przez siebie, podaje Vejas 54 uderzeń na minutę, Hemey 44, Lorain 42, Löhlein 40, Falaschi 38, Meyburg 36, Blot 35, Olshausen 34, Mac Clintock 30. W klinice lwowskiej spostrzegane najniższe tętno uderzało 32 razy na minutę.

Tak zapatrywano się na ten objaw do r. 1898, w którym wystąpił po raz pierwszy Karol Heil, były asystent kliniki chorób kobiecych Prof. Kehrera w Heidelbergu, najpierw na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Darmstadzie, a następnie w pracy ogłoszonej w *Archiv f. Gynäkologie*[14]) przeciwko dotychczasowemu powszechnemu przekonaniu o fizyologicznem zwolnieniu tętna u położnic. Przeglądając całe piśmiennictwo tego objawu zauważył on, że każdy z autorów podaje zupełnie inny odsetek zwolnienia tętna u położnic. I tak: Blot u 246 położnic znalazł tętno poniżej 65 w 90 przypadkach, czyli 36·5%. Hémey na 400 położnic spostrzegał tętno poniżej 60 u 65, czyli $16^1/_4$%. Löhlein $6^1/_2$%, Falaschi u $^1/_4$ położnic. Louge znalazł zwolnienie u jednej na 4 pierwiastki, a na 3 wieloródki. Vejas w 50 spostrzeganych przypadkach wykazał zwolnienie 30 razy, t. j. 60%; z tego było 13 pierwiastek, 17 wieloródek. Olshausen otrzymał największy odsetek, bo 63% zwolnienia tętna. Spostrzegał on 348 położnic: z tych 220 miało tętno poniżej 60 uderzeń na minutę. Następnie podnosi Heil zupełnie słuszny zarzut, że spostrzeganie tętna nie było robione z prawdziwą ścisłością naukową, bo osobno u ciężarnych i osobno u położnic, a nie u jednej i tej samej osoby w ciąży i w połogu. Liczba tętna u każdego osobnika jest liczbą indywidualną, naturalnie w pewnych granicach. Są osoby o tętnie wolnem, inne znów bez widocznej przyczyny mają tętno szybsze. Dlatego i fizyologowie nie podają jakiejś stałej liczby tętna u człowieka prawidłowego, lecz dają jako granicę 65 do 85 uderzeń na minutę. Nie można więc mówić o zwolnieniu tętna u położnicy, nie znając jej tętna w czasie ciąży, gdyż tętno to mogło być już pierwotnie podczas ciąży wolne. Dlatego Heil sądzi, że tylko te spostrzeżenia są należycie ściśle przeprowadzone, w których badano tętno przez czas dłuższy, tak w ciąży, jak i następnie w połogu. Ten błąd popełnili prawie wszyscy autorowie, uniknęli go tylko Hémey i Vejas.

Blot i Mac Clintock zwrócili również na ten szczegół uwagę, że tętno u położnic ulega bardzo łatwo wahaniu z powodu nieraz bardzo błahej przyczyny. Zmiana pozycyi w czasie karmienia, przybycie nagłe lekarza, wzruszenia umysłowe, podnoszenie się chorej w łóżku, przyspiesza jej tętno nieraz o 10 do 20 uderzeń na minutę. Można to spostrzegać bardzo często; w naszej klinice zauważyliśmy, że jeżeli położnicy tylko coś dolega, ma jakąś prośbę do lekarza, n. p. jeżeli chce prosić o wypuszczenie do domu, tętno jej przyspiesza się nadzwyczajnie, bo powyżej 100, a nawet do 120. Za chwilę jednak, gdy położnica się uspokoi, lub uzyska to, co otrzymać chciała, tętno opada do pierwotnej liczby. Dlatego słusznie Fritsch poleca, aby, o ile to jest możliwem, liczyć tętno u położnic w czasie snu, co jest jednakże bardzo trudnem do przeprowadzenia. I dlatego też te spostrzeżenia są bardzo żmudne, bo musi się nieraz liczyć tętno przez dwie, trzy, nawet cztery minuty, aby otrzymać tętno danej chwili odpowiadające. Wreszcie sądzi Heil, że choćby nawet i istniało zwolnienie tętna i to w $6^1/_2$, 16 a nawet choćby 60% przypadków, to nie jest jednakże regułą, gdzie istnieje 40% wyjątków. Dlatego nie można mówić o stałem, ogólnem, fizyologicznem zwolnieniu tętna i nie można przyjmować tego objawu za jakąś charakterystyczną cechę połogu, lecz tylko za jeden z często przytrafiających się objawów.

Na poparcie swego przypuszczenia i na stwierdzenie, o ile do jego czasów przyjęte prawie za pewnik twierdzenie o zwolnieniu tętna u położnic jest uzasadnionem, przytacza on szereg spostrzeżeń, wykonanych w klinice Heidelberskiej. Spostrzegał on 100 ciężarnych, a następnie te same osoby jako położnice, starając się o to, aby je obserwować tak w ciąży jak i w połogu w tych samych warunkach. A więc spostrzegał on ciężarne rano, każąc im przedtem przez $^1/_2$ godziny leżeć w łóżku i to spostrzegał je w seryach czterodniowych w 1, 2 i 3 tygodniowych odstępach. Takie serye przypadały na każdą ciężarną raz, dwa, do trzech razy, odpowiednio do czasu, jaki pozostawała jako ciężarna na klinice. U położnic badał tętno w następne rano po odbytym porodzie, a więc najdalej w przeciągu 24 godzin. Jako miarodajne uważa tętno tylko do czasu, kiedy położnica zaczyna wstawać, a więc w klinice Heidelberskiej 8—9 dnia połogu. Między spostrzeganymi kobietami było 58 pierwiastek a 42 wieloródek

Na podstawie tych spostrzeżeń dochodzi Heil do następujących wniosków:

[14]) Heil: Giebt es eine physiologische Pulsverlangsamung im Wochenbett? (Archiv f. Gynäkologie T. L VI. Str. 265).

1. U ciężarnych spotykamy tętno poniżej 60 w 11·45% przypadków; poniżej 65, 24·45%; poniżej 75 nawet 60·8%. *Minimum* spostrzegane wynosiło 48.

2. Liczbę 65 i poniżej można częściej spostrzegać w ciąży, aniżeli w jakimkolwiek dniu połogu. Liczbę 75 i poniżej spotykamy częściej w 4 dniu po połogu, niż w ciąży. Zresztą znacznie częściej spotykamy ją w ciąży. (60·8% przeciw 25·9%).

3. Zwolnienie tętna w połogu o 10 uderzeń na minutę stwierdził Heil w 12%. Licząc również przypadki, gdzie było zwolnienie o 5—10 uderzeń na minutę, otrzymał zaledwie 34%. Dlatego zwolnienia tętna nie możemy nazywać regułą, lecz musimy uważać je za rzecz wyjątkową. Możemy mówić tylko „przydarza się“.

4. Krzywa, wykreślona dla pojedynczych dni połogu, wykazuje największe zwolnienie tętna drugiego dnia połogu. Dzień piąty odpowiada szybkością tętna pierwszemu; 6 i 7 dnia podnosi się. Od 1 dnia do 8 przeciętna liczba tętna wynosi 71 do 75.

Zwolnienie tętna 2 i 3 dnia tłómaczy Heil uspokojeniem się położnicy po odbytym porodzie. Podwyższenie 4 i 5 dnia odpowiadałoby szybszej przemianie materyi po przyjęciu obfitszego pokarmu; 9 i 10 dnia występuje znaczne przyspieszenie tętna z powodu, że położnica zaczyna wstawać.

Na podstawie tych danych dochodzi Heil do przekonania, że o zwolnieniu fizyologicznem tętna u położnic w tej mierze, jak dotychczas sądzono, mówić nie możemy. Istnieje wprawdzie często tętno wolne w połogu, które bez wątpienia jest znakiem dobrze rokującym, nie przedstawia ono jednak cechy charakterystycznej, wyjątkowej dla połogu, spotyka się je również często także i w ciąży.

Pomimo przekonywującej pracy Heila i jego możliwie najściślej naukowo przeprowadzonych spostrzeżeń, sprawy tej nie uważano jeszcze za ostatecznie rozstrzygniętą. Varnier[15]) w klinice Baudelocqua przeprowadził szereg spostrzeżeń i to w dwóch seryach: w pierwszej — w warunkach, podanych przez Blota — badał tętno u 32 ciężarnych i u 35 położnic. Ostatecznym wnioskiem jego jest że: krzywa tętna w 35 badanych położnic jest wybitnie niższą od krzywej u 32 ciężarnych. W drugiej seryi spostrzegał 36 kobiet w czasie ciąży i następnie w połogu; dochodzi do wniosku, że w 72·22% występuje w połogu wybitne zwolnienie tętna. Ostatecznie zgadza się w zupełności ze zdaniem Blota, że zwolnienie tętna w połogu istnieje, i że jest objawem ogólnym *(un fait général).*

W „Centralblatt für Gynäkologie“ z r. 1901 znajdujemy wreszcie małą pracę Aichla[16]), który staje na tem samem stanowisku, co Heil i zaprzecza jakoby istniało fizyologiczne zwolnienie tętna w połogu. Badanie tętna robił u 79 ciężarnych, a następnie położnic, znajdujących się w zakładzie położniczym w Erlangen. Jako nowy objaw podaje, że szczególnie u pierwiastek w kilku ostatnich dniach ciąży liczba tętna podnosi się tak, że z tego objawu można nieraz przepowiedzieć zbliżający się poród. (Dok. nast.).

[15]) H. Varnier. Du ralentissement du pouls pendant les suites de couches. (Annales de gynécologie). Styczeń 1899.

[16]) Otto Aichel: Über die sogenannte physiologische Pulsverlangsamung im Wochenbett. (Centralblatt für Gynäkologie, 1901. Nr. 42).

II. Obecny stan nauki o t. zw. „tuberkulidach skóry“.

Studyum krytyczne oraz przyczynek do kazuistyki: *„folliclis“.*

Podał

Dr. Zygmunt Steuermark

kierownik oddz. dermatologicznego szpitala izr. w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Przechodzę obecnie do opisu klinicznego tej postaci chorobowej; posługiwać się będę nazwą *folliclis* lub *lupus erythematodes disseminatus Boeck,* te dwie nazwy bowiem najbardziej się przyjęły.

Choroba cechuje się obecnością guzków małych, wielkości główki od szpilki — do ziarnka prosa, twardych, zaokrąglonych, ze skórą poruszalnych, niebolesnych; rozwój tych guzków jest powolny; w miarę jak rosną, wystają ponad poziom skóry, dochodzą do wielkości soczewki, przyczem naskórek stopniowo podnosi się na ich szczycie i wytwarza się pęcherzyk o treści przezroczystej; dookoła guzka występuje obwódka zapalna różowej barwy, znikająca pod naciskiem palca. Stopniowo treść pęcherzyka mętnieje, staje się ropna, barwy żółtej, a środek jego zapada się, tworząc dołek *(ombilication du centre* francuskich autorów); guzek i obwódka zapalna rośnie, wreszcie dochodzi do wielkości groszku, na szczycie zaś jego sterczy krostka z zagłębieniem w środku. Jeżeli krostkę przebije się igiełką, można z niej wydostać przez ugniatanie z boków kroplę bardzo gęstej ropy, po usunięciu której przedstawi się zagłębienie, drążące w głąb skóry właściwej, odpowiadające rozpadowemu ropiejącemu ognisku. Jeżeli zaś krostka ulegnie samoistnemu przeobrażeniu, to na szczycie jej po kilku dniach tworzy się mały strupek, rosnący w miarę zasychania krostki i przedstawia się jak gdyby był utworzony z kół spółśrodkowych. Strupek ten silnie przylega do guzka i z trudnością daje się usunąć; po usunięciu zaś jego widać głęboko drążący wrzodzik. W miarę jak guzek ulega przemianie wstecznej, obwódka zapalna zmniejsza się i zapada. Wreszcie w ostatnim okresie strupek odpada, a na miejscu jego pozostaje blizna okrągła lub owalna, zagłębiona w środku, wielkości ziarnka prosa do wielkości soczewki, barwy różowo-brunatnej, otoczona obwódką zabarwioną. Wejrzenie blizny przypomina blizny kiłowe.

Wreszcie zabarwienie z czasem, n. p. po upływie kilkunastu miesięcy, znika i pozostają blizny białe, zawsze jednak w środku zagłębione i nieco ciemniej zabarwione, obraz świadczący po latach o przebytej *folliclis.* Każdy guzek rozwija się powoli, około 4—6 tygodni; gdy jedne guzki świeżo występują, inne już się zabliźniają; nie sprawiają ani świądu, ani pieczenia, ani bólu, jedynie w okresie ropienia za uciskiem są nieco bolesne. Każdy guzek przechodzi wszystkie okresy rozwoju, wyjątkowo tylko niektóre ulegają wessaniu przed ropieniem. W okresie ropienia skutkiem zakażenia wtórnego powstać mogą z krost pojedynczych ropnie; powikłanie to jednak należy do rzadkich. Guzki zwykle bywają ułożone symetrycznie na powierzchniach wyprostnych kończyn w okolicy stawów, szczególnie na brzegu wewnętrznym przedramienia lub na wysokości stawu nadgarstkowego; twarz zwykle bywa wolna, z wyjątkiem małżowin usznych, których brzegi w następstwie wytworzenia

się blizn stają się jak gdyby zazębione. W gromadach rozróżnić można pojedyncze guzki w rozmaitych okresach rozwoju.

Badania bakteryologiczne ropy z krostek nie wykazały żadnych drobnoustrojów, w szczególności zaś brak wszelkich drobnoustrojów ropnych i prątków Kocha. (Hallopeau).

W przypadkach opisanych przez Boecka, obok równoczesnej, a przytem stałej obecności gruźlicy narządów wewnętrznych i różnych postaci gruźlicy skóry, wreszcie *lichen scrophulosorum* i *lupus erythematodes discoides,* spostrzegał ten badacz w jednym przypadku *erysipelas perstans,* który to objaw, polegający na obrzęku ciastowatym, podobnym do róży, występuje zwykle nagle w przebiegu *lupus erythematodes disseminatus forma Kaposi* i utrzymuje się zazwyczaj bardzo długo (w jednym przypadku do trzech lat). W innym przypadku spostrzegał Boeck tak znaczną martwicę (nekrozę) w zakresie guzków pojedynczych, że wypadały kawałki skóry o średnicy 2 ctm., obejmujące całą przytem grubość skóry; w innych zaś przypadkach sprawa toczyła się tylko powierzchownie, do głębokiego rozpadu wcale nie przychodziło, a obraz odpowiadał postaci opisanej przez Hallopeau pod nazwą *tuberculides acneiformes et necrotiques (l. c.)*

Przypadek opisany przez Delbanco odpowiada typowemu obrazowi *folliclis.* Przy tej sposobności pozwolę sobie przytoczyć dwa przypadki, które miałem sposobność spostrzegać w ostatnich miesiącach.

1) I. S., liczący lat 5, pochodzi z rodziny obciążonej dziedzicznie gruźlicą: ojciec chorego cierpi na gruźlicę płuc w okresie rozpadowym, matka zaś ma nacieki szczytowe po obu stronach; sam chory dobrze rozwinięty i odżywiony; narządy wewnętrzne prawidłowe; gruczoły karkowe, podszczękowe i pachwinowe powiększone; na grzbiecie stopy nogi lewej obrzęk twardy, zbity, sięgający od kości śródstopowej drugiej do kości śródstopowej czwartej włącznie; skóra na nim nieporuszalna, naciekła, blada, z dwoma przetokami o ścianach pokrytych ziarniną, z których wydobywa się wydzielina surowiczo-krwawa, badanie zaś zgłębnikiem doprowadza do kości, pozbawionej okostnej, bolesność nieznaczna. Dalsze badanie wykazuje obustronne nieżytowe zapalenie spojówek, na rogówce oka lewego wrzód; na twarzy wyprysk łojotokowy. Na skórze klatki piersiowej z przodu i z tyłu, głównie jednak z tyłu i po bokach, drobne guzki wielkości główki od szpilki, barwy żółto-różowej, wznoszące się w kształcie małych stożków ponad poziom skóry, twarde; tam, gdzie się usadawiają w gromadkach, wywołują uczucie, jak gdyby się dotykało powierzchni tarła; przeważnie usadawiają się dookoła torebek włosowych, w następstwie czego przez większą ich liczbę przechodzi włos.

Obok tej wysypki (*lichen scrophulosorum*) spotykamy na powierzchniach wyprostnych kończyn górnych i dolnych, na pośladkach i na małżowinach usznych wysypkę odmienną, której pojedyncze elementy, znajdujące się w tej samej gromadzie, różnie się przedstawiają pod względem morfotycznym; obok guzków wielkości ziarnka prosa, barwy sino-czerwonej, twardych, poruszalnych ze skórą, niebolesnych, otoczonych obwódką zapalną, guzki większe, dochodzące do wielkości soczewicy, na szczycie których sterczą krostki, nieco zagłębione w środku, o zawartości gęstej, ropiastej. Po usunięciu krostki ze szczytu guzka zapomocą ostrej igiełki widać wrzodzik drążący w głąb. Wreszcie w gromadkach tych tu i owdzie guzki o wymienionych cechach pokryte już strupkami, a także rozsiane drobne blizny okrągłe lub nieco owalne, w środku zagłębione, wielkości ziarnka prosa, barwy różowo-brunatnej. Na przedramieniu, a mianowicie na jego brzegu wewnętrznym, blizny zupełnie białe, w środku jak gdyby nieco zapadnięte. Takież blizny znajdują się na brzegu lewej małżowiny usznej. Na tylnej powierzchni podudzia prawego poniżej przegubu kolanowego wypukla się ku tyłowi i ku zewnątrz guz wielkości i kształtu jaja kurzego, zbitości twardej, usadowiony wyraźnie pod skórą, z nią zrośnięty i przesuwalny, niebolesny, skóra na nim w częściach środkowych ścieńczała, sinawa, zresztą prawidłowa. Objawów zapalnych dookoła guza brak; według twierdzenia rodziców guz ten ma trwać od dwu miesięcy *(scrophuloderma v. gomme scrophulo-tuberculeux).* Staw kolanowy oraz kości uda i podudzia zmianom chorobowym nie uległy.

W przypadku tym, u osobnika dziedzicznie obciążonego, okazującego przytem wybitne objawy zołzów i gruźlicy, mianowicie: obrzęki gruczołów chłonnych, nieżytowe zapalenie spojówki na obu oczach z wrzodem rogówkowym oka lewego, liszaj zołzowy *(lichen scrophulosorum),* gruźlicę kości stopy i *scrophuloderma (gomme tuberculeux)* na podudziu prawem — przyszło do wybuchu wysypki o cechach klinicznych: *folliclis;* jeżeli więc uwzględnimy tło, na którem choroba ta się rozwinęła, to nasuwa się przypuszczenie, że według wszelkiego prawdopodobieństwa istnieje ścisły związek między rzeczoną *folliclis* a ogólnem schorzeniem ustroju, wywołanem przez zakażenie gruźlicze.

2) L. D., liczący 3 lat, dziedzicznie nieobciążony, prócz płonicy którą przebył przed trzema miesiącami, innych chorób nie przechodził; badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje zmian chorobowych, badaniem skóry stwierdza się na brzuchu, z boków klatki piersiowej i grzbiecie poniżej łopatek obecność guzków wielkości ziarnka prosa, barwy żółtej, nieznacznie tylko wystających ponad poziom skóry, pokrytych na szczycie drobnymi łuszczkami, przytem niektóre z nich posiadają na szczycie drobne dołeczki, przez które przechodzi włos (*lichen scrophul.*). W okolicy kości krzyżowej głównie, a także na powierzchniach wyprostnych kończyn górnych i dolnych, znajdują się symetrycznie ułożone guzki sino-czerwone, niebolesne, na szczycie ich krostki o treści zielonej, ropiastej, niektóre guzki pokryte są strupkami; obok tych wykwitów guzkowych i guzkowo-krostkowych są jeszcze drobne blizny wielkości ziarnka prosa, w środku nieco zapadnięte, tu i owdzie rozsiane śród zmian guzkowych. Po usunięciu strupka pokrywającego guzki widać wrzodzik, drążący głęboko w skórę właściwą.

W przypadku tym, obok typowego liszaja zołzowego istnieje wysypka o cechach *folliclis.* Według obecnie panujących w dermatologii zapatrywań *lichen scrophulosorum* należy do chorób skórnych, których związek z gruźlicą ogólnie uznany został jako pewnik, o czem zresztą niżej we właściwem miejscu będzie mowa, jednoczesność zaś tych dwóch chorób daje pewne podstawy do przypuszczenia, że rozwinęły się one na tem samem tle, t. j. na tle gruźliczego zakażenia ustroju, zakażenia, znajdującego się w danej chwili w okresie utajonym. Przypadek ten nasuwa pewne uwagi, jeżeli porówna się go z przypadkiem Boecka *(l. c.),* w którym również obok *lichen scrophulosorum* i *folliclis* nie można było wykazać nigdzie objawów gruźlicy, — badanie zaś w dwa lata później stwierdziło gruźlicę gruczołów na szyi. Boeck więc twierdzi, że już w chwili wystąpienia rzeczonych dwóch chorób skórnych chory pozostawał w okresie utajonym zakażenia gruźliczego. Przypuszczenie tego rodzaju, jak to już wyżej wspomniałem, może mieć ważne znaczenie zarówno dla rozpoznania gruźlicy w jej pierwszych początkach, jakoteż profilaktyki i terapii; tam bowiem, gdzie objawy chorobowe nie są tak wybitne, co zresztą we wczesnych okresach gruźlicy bardzo często się zdarza, obecność *folliclis* obok liszaja zołzowego, a także i bez niego, stanowić może cenną wskazówkę dla ustanowienia rozpoznania a także i leczenia. Wiadomo dalej, że u osobników, u których gruźlica do pewnego czasu pozostawała w okresie utajonym, częstokroć wybucha ona po ostrych chorobach zakaźnych, a fakt ten, odnośnie do będącego w mowie przypadku nabiera szczególnego znaczenia, jeżeli uwzględni się, że dziecko to przed trzema miesiącami przebyło właśnie płonicę. Niewinna ta napozór choroba

skórna zwraca uwagę naszą na daleko poważniejszą sprawę chorobową, to jest na sprawę zakażenia gruźliczego, którego w danej chwili z innych objawów odgadnąć w żaden sposób nie bylibyśmy w stanie.

Badania mikroskopowe według Boecka wykazały zupełną analogię między zmianami w *folliclis* a w *lupus erythematodes discoides* z tą różnicą, że w *folliclis* przychodzi często śród tkanki zapalnej do wytworzenia się ognisk martwiczych.

Punkt wyjścia zmian chorobowych stanowią naczynia krwionośne, a jeżeli cały proces chorobowyześrodkowuje się głównie dookoła torebek włosowych i gruczołów potnych, to jest to wynikiem tej okoliczności, że naczynia krwionośne najobficiej tam się znajdują, a zarówno Boeck jakoteż i Tenneson *(l. c.)* nie mogli przekonać się, aby ten lub inny narząd skóry specyalnie uległ zapaleniu; częstokroć w tym samym guzku zarówno torebka włosowa jak i gruczoł potny stanowią środek ogniska zapalnego. Niektóre guzki, usadowione głęboko w skórze, zostały wywołane przez naciek wzdłuż naczyń, oplatających gruczoł potny, co dało powód Dubrenilhowi i innym do nadania nazwy *hydrosadenite.*

Zmiany, jakim podlegają naczynia krwionośne, są następujące: 1) nadmierne rozszerzenie światła; 2) bujanie śródbłonków naczyniowych, które stają się większe i liczniejsze, podczas, gdy jądra ich bledną i nie barwią się tak łatwo zasadowymi barwikami anilinowymi. Bujanie komórek śródbłonka jest często tak znaczne, że światło naczynia ulega zaczopowaniu; 3) wzdłuż naczyń i zewnątrz nich ciągną się długie pasma zbitych mas komórkowych, obraz spostrzegany i w innych zapaleniach skóry, ale szczególnie wyraźny w wilku rumieniowym. Bardzo liczne t. zw. „komórki tuczne“ znajdują się zarówno pośród mas komórkowych, jak i w reszcie tkanki skóry uległej zapaleniu. Czem bliżej środka ogniska zapalnego, tem więcej leukocytów pośród innych komórek. Komórek olbrzymich ani prątków Kocha Boeck nie znajdował. Ogniska martwicze można było wykazać mikroskopem w tych nawet guzkach, które makroskopowo martwicy nie zdawały się ulegać.

Zmiany w warstwie naskórnej mają również podobieństwo do zmian w *lupus erythematodes discoides:* komórki sieci Malpiphiego w kierunku ku środkowi ogniska chorobowego stają się coraz większe, również jak i ich jądra, które barwią się coraz trudniej; w niektórych komórkach dookoła jądra tworzą się jamki (wakuole), w najniższych warstwach zaś widoczne bywają częstokroć mitozy; pomiędzy komórkami sieci Malpighiego liczne komórki wędrujące, a tam, gdzie proces zapalny bardzo jest nasilony, ilość komórek wędrujących jest tak znaczna, że granica między warstwą brodawkową skóry a naskórkiem zaciera się. Pokład ziarnkowy *(stratum granulosum)* grubszy, składa się z 2 i 3 warstw; w samym środku guzka ponad najbardziej wybitnemi zmianami w zakresie sieci śluzowej znika zupełnie pokład ziarnkowy, a równocześnie w grubej i szerokiej warstwie rogowej jądra zamiast zniknąć, jak to bywa w stanie fizyologicznym, są widoczne, proces więc zrogowacenia staje się atypowym.

Warstwa rogowa znacznie grubsza od prawidłowej; tam, gdzie zaburzenia odżywcze są bardzo znaczne, przychodzi do wytwarzania się jam w naskórku w ogólności, głównie zaś w zakresie warstwy rogowej; wreszcie na uwagę zasługuje nagromadzenie się w warstwie rogowej aż do najpowierzchowniejszych jej warstw obfitej ilości komórek wędrujących, co sprowadza owo znaczne zgrubienie tej warstwy skóry. To nagromadzenie zaś komórek wędrujących jest wynikiem rozpoczynającej się martwicy naskórka i częściowo także wywołanego przez to bujania paciorkowców. Taki jest obraz mikroskopowy *folliclis* według opisu Boecka, który pozwoliłem sobie przytoczyć tutaj w całości dla zrozumienia pojedynczych objawów klinicznych.

Jakże Boeck przedstawia sobie sposób działania toksyn gruźliczych na skórę i powstanie właściwych zmian anatomicznych?

Pierwszym objawem, dającym się zauważyć przy badaniu mikroskopowem, jest rozszerzenie naczyń krwionośnych, które Boeck uważa za skutek działania toksyu gruźliczych na ośrodki naczynio-ruchowe; w następstwie tego prąd krwi zostaje zwolniony, śródbłonki naczyniowe dostają się w odmienne warunki odżywcze, a krążące we krwi toksyny tem wybitniejszy wpływ wywrzeć są w stanie na komórki śródbłonkowe; ztąd biorą początek zmiany w zakresie śródbłonka, o których wyżej była mowa.

Zmienione ściany naczyniowe łatwiej przepuszczają toksyny, które, przedostając się do tkanek, wywołują zmiany odżywcze w tkankach, bujanie komórek dookoła naczyń a także i wśród tkanek wszędzie tam, gdzie się przedostają. W ten też sposób tłómaczy Boeck bujanie stałych komórek łącznotkankowych, a zarazem jasnem się staje, że przez zmienione ściany naczyniowe łatwo przychodzi do wywędrowania leukocytów. W następstwie skutkiem zagłady światła naczyń, oraz działania toksyn, przychodzi do martwicy tkanki, co jeszcze bardziej działa chemotaktycznie na leukocyty. Tak więc według tłómaczenia Boecka, zarówuo zmiany anatomiczne jakoteż i obraz kliniczny usprawiedliwiają nazwę *„toxidermitis“.* (Dokończenie nastąpi).

III. W sprawie szybkiego rozszerzania szyjki macicznej podczas porodu.

Na podstawie własnych doświadczeń.

Napisał

Dr. Jan Lachs w Krakowie.

(Ciąg dalszy.)

Tych następstw stosowania rozszerzadeł, niebezpiecznych dla matki, a przykrych dla lekarza, możemy uniknąć dzięki zastąpieniu ich balonami. Najpierwotniejszy balon, za pomocą którego możemy osiągnąć dosyć znaczne rozszerzenie, jest dobrze znany kolpeurynter Brauna. Przy zastosowaniu tego balonu, wprowadzonego do pochwy, osiągnął w r. 1861 Madurowicz, w klinice wiedeńskiej całkiem przypadkowo tak znaczne i szybkie rozszerzenie ujścia macicznego, że można było z łatwością przystąpić do rozwiązania rodzącej z łożyskiem przodującem. Przypadek ten, opisany przez St. Brauna, poszedł w zapomnienie, a jednak było to jedno z najwcześniejszych, prawda, że tylko przypadkowe, rozszerzenie ujścia zapomocą balonu od strony jamy macicy. Zachęcony tem powodzeniem, zastosował St. Braun kolpeurynter po raz drugi w r. 1888 w celu wzniecenia przedwcze-

snego porodu, również z dobrym skutkiem, jak i w pierwszym przypadku. Po zaznaczeniu tego faktu, o którym nie wspomina nawet Wertheim, broniący pod tym względem praw pierwszeństwa Schauty, nie będziemy się dalej wdawali w ocenę, w jakim porządku po sobie rozmaici autorowie zalecali rozmaite balony, lecz zastanowimy się nad głównymi ich rodzajami.

Wychodząc z zapatrywania, że oddzielenie dolnego bieguna jaja płodowego wystarcza zupełnie do wzniecenia lub do wzmożenia bólów porodowych i do przyspieszenia w ten sposób rozwarcia się ujścia, zalecił Tarnier balonik elastyczny *(dilatateur intrautérin)*, połączony z wężem kauczukowym, który, wprowadzony ponad ujście wewnętrzne szyjki, napełnia się wodą, a balonik, powiększając się w ten sposób, odkleja część jaja płodowego, znajdującą się w okolicy ujścia wewnętrznego. Ten pierwowzór zmieniali różni autorowie tak co do wielkości, jak i co do kształtu i materyału, z którego go wyrabiano. Pod tym względem rozróżniamy też balony kształtu gruszkowatego lub kulistego, mniejsze lub większe, elastyczne lub też bardzo nieznacznie tylko rozciągliwe.

Najbardziej popularnym przez długi czas był kolpeurynter śródmaciczny Barnesa. Był to balon elastyczny, na przekroju podłużnym kształtu ósemki, połączony z wężem elastycznym, którego używano w ten sposób, że górną część ósemki wprowadzano ponad ujście wewnętrzne, dolna zaś pozostawała poniżej ujścia zewnętrznego w pochwie, a część przewężona w szyjce. Balon ten, wypełniony wodą, rozszerzał szyjkę, a górną swoją częścią, znajdującą się w jamie macicy, wywoływał bóle porodowe. Jednak ta okoliczność, że znaczna jego część znajdowała się poza jamą macicy, przyczyniała się do łatwego jego wypierania bólami jeszcze nawet przed znaczniejszem rozszerzeniem szyjki. Temu wypieraniu nie było w stanie zapobiedz nawet wytamponowanie pochwy. Korzyści jednak, jakie obok tych słabych stron dawał balon Barnesa, były zanadto wpadające w oko, żeby od tego sposobu łatwo miano odstąpić.

Główną wadą tego balonu była, jak wspomnieliśmy, łatwość wypadania przy parciu. Dlatego radził Maurer postępować tak, jak to zrządził przypadek w klinice wiedeńskiej, mianowicie wprowadzać wprost kolpeurynter elastyczny ponad ujście wewnętrzne, a pozostawiwszy go tam, wypełnić *ad maximum* wodą i lekko pociągać, by wywoływać przez to częstsze bóle i rozszerzać tem szybciej szyjkę. Jakkolwiek balon ten nie posiadał wszystkich wad balonu Barnesa, to przecież w całości nie był od nich wolny. Z powodu swej elastyczności, jak to wyżej nadmieniliśmy, wypadał łatwo do pochwy podczas bólów lub pociągania, jeszcze przed całkowitem rozwarciem ujścia, a wypełniony *ad maximum* powiększał znacznie pojemność macicy, usuwał na bok część przodującą, nie pozwalając jej się wstawić i łatwo pękał. Ta ostatnia wada nie przedstawia więcej obecnie wielkiego niebezpieczeństwa, od czasu, jak zaprzestano wypełniać balony powietrzem, lecz i dzisiaj jeszcze potrzeba powtórnego wprowadzenia balonu nie może być obojętną, zwłaszcza, jeżeli powodem tego zabiegu są drgawki lub krwawienie z powodu łożyska przodującego i t. d. Usuwania części przodującej, znajdującej się nad wchodem, zwłaszcza, jeżeli nią jest główka, nie należy uważać zawsze za wadę metody. Jeżeli bowiem wskazaniem do zabiegu było niebezpieczeństwo grożące matce z powodu jakiejś wady organicznej, jak n. p. z powodu niewyrównanej wady serca, choroby nerek w późnym bardzo okresie, lub drgawek porodowych, albo wreszcie znacznej utraty krwi przy łożysku przodującem, tak, że nam zależy na jak najszybszem rozwiązaniu rodzącej, wtenczas odsunięcie główki na bok nie będzie dla nas wadą metody, gdyż w tych ciężkich przypadkach będziemy przecież uważali obrót na nóżkę za zabieg dla matki łagodniejszy, aniżeli rozwiązanie zapomocą kleszczy, zwłaszcza wysokich. Wypadanie balonu przed całkowitem rozwarciem ujścia jest ujemną stroną tego narzędzia, którą kolpeurynter podziela z balonem Barnesa; nie mniej wadą jest i ta okoliczność, że tak jeden jak i drugi z tych przyrządów jest trudny do odkażenia; zaletą zaś ich jest rzadkość naddarć szyjki, gdyż jako elastyczne dobrze się przystosowują, a nadto łatwe są do wprowadzenia.

Usterki balonów miękkich, elastycznych, miał usunąć balon, nie będący elastycznym, którego wzór podał Champetier de Ribes. W tym celu Champetier de Ribes zrobił balon kształtu gruszkowatego, o podstawie 10 cm szerokiej, którego ściany składają się z trzech warstw: wewnętrznej i zewnętrznej kauczukowej, a środkowej pomiędzy niemi jedwabnej. Te składowe części ścian balonu są dla niego najważniejszą cechą, gdyż przez nie staje się on nieelastycznym i sprowadza całkowite lub prawie całkowite rozwarcie ujścia macicznego. Sposób użycia tego balonu jest zupełnie identyczny z innymi. Zwinięty w rulonik wprowadza się szczypczykami ponad ujście wewnętrzne i wypełnia się wodą sterylizowaną lub płynem antyseptycznym. Napełniania tego dokonywa A. Müller zapomocą drugiego balonu o tej samej pojemności, z którym się pierwszy łączy za pośrednictwem odpowiedniego zamku. Naciskając balon drugi, przelewa się treść jego do balonu pierwszego, znajdującego się w jamie macicznej. Kto jednak chociażby tylko raz użył do napełniania balonu strzykawki, ten z pewnością drugi raz nie będzie posługiwać się balonem w tym celu. Prawda że do strzykawki trzeba kilka razy naciągać płynu; lecz i przy napełnianiu balonem wraca często płyn z balonu wewnętrznego napowrót do zewnętrznego, jeżeli się tylko na chwilę ucisk przerwie, a nadto siła potrzebna do wypełnienia balonem musi być bez porównania większą, aniżeli przy powolnem napełnianiu strzykawką. Tak napełniony balon wewnętrzny łączy się z ciężarkami, ważącymi $^1/_2$—2 kilogramów, które zastępują stałe pociąganie ręką operatora.

Co się tyczy pierwszeństwa twardego balonu przed elastycznym, to polega ono przedewszystkiem na znacznie łatwiejszem odkażeniu. Z tego bowiem powodu, że ściana jego nie jest jednolicie kauczukową, można go wygotować nawet kilka razy, a ponieważ nie jest zbyt drogim, wyrzucić po kilkorazowem użyciu. Wprowadzony do jamy macicy nie wypada tak łatwo, jak kolpeurynter lub balon Barnesa, a nie będąc elastycznym nie łatwo ulega przewężaniu i wyrwaniu podczas pociągania, jak to się zdarza z elastycznym. Ponieważ pojemność jego jest ograniczoną, przeto nie rozszerza się tak znacznie, jak kolpeurynter, a tem samem nie powiększa w takim stopniu zawartości jamy macicy; również nie pęka tak łatwo i częściej wywołuje całkowity zanik ujścia macicznego, a działaniem swojem jest najbardziej zbliżony do działania fizyologicznego główki przodującej. Wadą zaś jego jest to, że się znacznie

trudniej wprowadza i wymaga większego rozwarcia ujścia, będąc zaś twardym, łatwiej wywołuje naddarcia brzegów ujścia i podobnie jak balony elastyczne usuwa część przodującą płodu.

Co się tyczy trudniejszego wprowadzenia, to niektórzy zapobiegają temu w ten sposób, że przygotowują trzy balony rozmaitej średnicy i postępując przy rozszerzaniu stopniowo, począwszy od najmniejszego, dochodzą do największego, lub też rozszerzają poprzednio szyjkę lub ujście zapomocą rozszerzadeł, aż do pewnego stopnia. Co do tego ostatniego sposobu, to nie jesteśmy jego zwolennikami, jak wogóle używania wielkiej ilości narzędzi w przebiegu porodu. Wprawdzie i stopniowego wprowadzania balonów różnej średnicy nie możemy uważać za idealne; jeżeli jednak zważymy, jak często balony elastyczne wypadają przed dostatecznem, już nie mówię całkowitem, rozwarciem ujścia macicznego i jak często okazuje się potrzeba ponownego ich wprowadzania, to przyznać musimy, że to ponowne wprowadzanie ich nie jest lepszem od wprowadzania balonów rozmaitej średnicy, dokładnie odkażonych.

Naddarcia szyjki, wywołane użyciem balonu twardego, rzadko bywają głębsze, a myśmy nie spotkali się z niemi przy sześciu porodach, przy których tej metody użyliśmy. Jest to zresztą rzeczą całkiem naturalną. Balon nasz miał w średnicy 11 cm., a ponieważ działanie jego na szyjkę maciczną jest najbardziej zbliżone do fizyologicznego działania główki, przeto można powiedzieć o naddarciach, spowodowanych tym balonem, że byłyby one najprawdopodobniej spowodowane przez samą główkę płodu. Co się tyczy usuwania części przodującej płodu, to pod tym względem i działanie obu rodzajów balonów, elastycznego i nieelastycznego nie różni się. Nie uważając jednakowoż tego usuwania za wadę, a dając wśród odpowiednich warunków pierwszeństwo obrotowi na nóżkę przed założeniem kleszczy na nieustalonej główce, nie uważamy tego usuwania, jak to wyżej wyjaśniliśmy, za wadę metody wogóle.

Zalety tej metody są wprost wpadające w oko. O łatwości odkażenia już wspomnieliśmy wyżej: tu dodamy tylko, że ktoby nie chciał balonów niszczyć przez gotowanie, ten może sobie przysposobić dwa egzemplarze balonów i stale je przechowywać w roczczynie antyseptycznym, a bezpośrednio przed użyciem jeszcze je w dodatku wymyć szczotką. Ten sposób nadaje się przedewszystkiem dla zakładów publicznych, które muszą każdej chwili być przygotowane do rozszerzania szyjki. Ta okoliczność, że balon ten nie wypada tak łatwo, jest wielkiej wagi, zwłaszcza tam, gdzie wskazaniem do jego wprowadzenia jest łożysko przodujące ze znaczniejszem krwawieniem lub bardzo nieznacznie rozwarte ujście maciczne, które stanowiło dosyć znaczną trudność dla pierwszego wprowadzenia balonu.

Obydwa rodzaje balonów mają pewne wspólne zalety. Wprowadzone do macicy, pobudzają ją do silnych skurczów, wstrzymują całkowity odpływ wody, jeśli pęcherz już pękł, a przez to ułatwiają dokonanie zabiegu; prócz tego przeszkadzają wypadaniu drobnych części, a odpowiednio użyte przy łożysku przodującem, zapobiegają krwawieniu. Już samo wprowadzenie balonu ponad ujście wewnętrzne, działając jako ciało obce, drażni macicę i wywołuje bóle, które się powiększają, jeżeli pociągamy balon zapomocą ciężarków przyczepionych do węża. Siła wywarta nie powinna przekraczać 2 klg., by nie wyrywać balonu. Działanie ciężarków za pośrednictwem węża na balon można zwiększyć lub zmniejszyć zależnie od materyału, z jakiego wąż został sporządzony. Jeżeli on jest bardzo rozciągliwy, to pod wpływem ciężarków wyciąga się, a na sam balon przenosi się zaledwie nieznaczna cząstka tej siły, jaką wywrzeć zamierzyliśmy. Inaczej rzecz się ma, jeżeli wąż, do którego przyczepiamy ciężarki, jest niepodatny, lub też tylko w bardzo nieznacznym stopniu podatny; tu przenosi się prawie cała siła wywarta także i na balon. Podczas gdy przy użyciu węża elastycznego nie możemy nigdy skontrolować stopnia wywartej siły, to w tym drugim razie jest ona nam zawsze dokładnie znaną. Ta własność balonów może być tam wyzyskaną, gdzie nam zależy na łagodnem i szybkiem rozwiązaniu rodzącej, jak n. p. w drgawkach porodowych. Na trzy przypadki drgawek wśród porodu osiągnęliśmy w ciągu $^3/_4$ godz. do 2 godz. raz całkowite rozwarcie ujścia u pierwiastki tak, że z łatwością po przebiciu pęcherza mogliśmy dokonać obrotu na nóżkę i ekstrakcyi płodu żywego, u dwóch wieloródek raz mogliśmy przy zupełnem rozwarciu ujścia, gdy się wstawiła główka po usunięciu balonu, założyć wysokie kleszcze z dobrym dla matki i dziecka skutkiem, a drugi raz dokonaliśmy przy niezupełnem rozwarciu ujścia, gdy się obok główki dała po przebiciu pęcherza wyczuć pępowina, obrotu i ekstrakcyi płodu, również z dobrym wynikiem. Naddarć nie zauważyliśmy w tych przypadkach nie tylko nieznacznych, ale wogóle żadnych. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Odporność i leczenie surowicą w durze brzusznym.

Podał

A. Huszcza.

(Dokończenie).

W r. 1896 podał Chantemesse w Towarzystwie biologicznem do wiadomości trzy przypadki duru, w których stosował surowicę koni, uodpornionych przeciw jadowi durowemu takiej siły, że 12-godzinna hodowla w ilości 0,01 sz. ctm. zabijała świnkę morską w 6 godzin. Siła ochronna surowicy była tak znaczna, że $^1/_5$ kropli, wstrzyknięta śwince morskiej na dobę przed zakażeniem, napewno zabezpieczała ją przeciw dawce śmiertelnej. Pierwsze dwa leczone przypadki były średnio ciężkie, trzeci zaś był nader ciężki, połączony z bredzeniem, które jednak ustało odrazu po pierwszem wstrzyknięciu. U wszystkich trzech chorych surowica stopniowo obniżała ciepłotę, choroba przybierała postać poronną, a w tydzień po rozpoczęciu leczenia gorączka spadała i następował powrót do zdrowia.

W dwa lata później na Zjeździe hygienicznym w Madrycie tenże badacz podał sposób otrzymania jadu durowego rozpuszczalnego („toxine typhoide soluble") i rozmaite jego własności. Próby, dokonane przedtem w celu wydzielenia jadu durowego, nie były pomyślne: płynne hodowle okazywały się po odsączeniu bakteryi niejadowitemi, lub posiadającemi własność toksyczną w nader słabym stopniu, nie można więc było rachować na uodpornienie niemi dla otrzymania antytoksyny. A przecież antytoksyczna właśnie siła surowicy była nadzwyczaj ważną dla skutecznego jej działania, gdyż, jak wiadomo, prątek durowy szkodzi ustrojowi przeważnie swoim jadem. Mając to na względzie, Chantemesse już oddawna starał się uzyskać taki jad (toksynę) durowy, który mógłby służyć do uzyskiwania surowicy anty-

toksycznej. Ponieważ prątki durowe w zwykłych środowiskach nie wydzielają swego jadu do roztworu, autor więc spróbował je hodować najpierw w wyciągach ze śledziony i ze szpiku kostnego z dodaniem niewielkiej ilości odwłóknionej krwi ludzkiej. W tej mieszaninie prątki rozwijały się doskonale i wydzielały jad, który dochodził największej siły na 5—6 dzień i znikał około 12—15-go dnia. Potem autor przeszedł do używania wyciągu z peptonizowanej śledziony, na którym zasiewał nadzwyczaj jadowite prątki durowe, pochodzące z ciała zwierzęcego; pod mianem jadu rozpuszczalnego rozumie on przecedzoną płynną część takiej hodowli. Zapomocą rozmaitych środków chemicznych nie udało się wydzielić z płynu jadu w zupełności, lecz osad, utworzony przez dodanie chlorku wapnia, zawierał w sobie znaczną część jadu. Z czynników fizycznych szkodliwy bardzo wpływ wywiera na ten jad światło i dostęp powietrza, a także ogrzewanie do 100°; przy 58 zaś stopniach jad zachowuje jeszcze swą siłę.

Ze zwierząt kura i gołąb okazały się wytrzymałemi na jad, inne zaś, jak żaba, mysz, morska świnka, królik, baran, pies i zwłaszcza koń podlegają działaniu jadu w mniejszym, lub większym stopniu. Wstrzyknięcie, n. p. w jamę brzuszną lub pod skórę śwince morskiej pociąga za sobą spadek ciepłoty, niżej 35° i śmierć następuje szybko. Na oględzinach pośmiertnych widzimy silne zaczerwienienie otrzewnej i kiszek, tudzież przekrwienie wątroby, śledziony i nadnerczy. Doświadczenia na żabach i psach dowiodły szkodliwego wpływu jadu na ośrodki nerwowe.

Dla otrzymania surowicy antytoksycznej uodparniał Chantemesse konie w ciągu 2 i 3 lat, wstrzykując im jad (toksynę) co 1 lub 2 tygodnie. Odporność zdobywa się z wielką trudnością, ponieważ zwierzęta te są ogromnie wrażliwe na jad durowy i stan ich zdrowia wymaga często dużych przerw w uodparnianiu. Surowica, z którą autor wykonywał doświadczenia na zwierzętach, pochodziła z konia uodpornianego 2 lata przy użyciu ogółem przeszło 6 litrów jadu, wprowadzonego pod skórę i do żył. Posiadała ona, jak się okazało, własności ochronne i lecznicze tak względem durowego zakażenia, jak i zatrucia. Skutek leczniczy w durze doświadczalnym dawał się tem łatwiej osiągnąć, im rychlej po zakażeniu wprowadzono surowicę do ustroju; ale nawet w 4 i 5 godzin po intoksykacyi, która sprowadza zwykle śmierć w 20 godzin, można było uratować świnkę, wstrzyknąwszy jej $^1/_4$ ctm. surowicy.

Po tak pomyślnych doświadczeniach wstępnych przeszedł Chantemesse do leczenia surowicą chorych durowych, nie chcąc jednak na podstawie kilku przypadków sądzić o jej działaniu, ogłosił wyniki swych badań nie wcześniej, aż zebrał materyał pokaźny, składający się ze 100 chorych. W sprawozdaniu swojem, ogłoszonem dopiero w 1901 r. zaznacza autor przedewszystkiem, że śmiertelność z duru wynosiła w szpitalach paryskich w latach 1899 i 1900 u dorosłych 29%, u dzieci zaś 10% przeciętnie 18.5%, wówczas gdy z setki jego chorych umarło 6, mianowicie 3 z przedziurawienia kiszek z następowem zapaleniem otrzewnej, 1 ze zgorzeli w okolicy kości krzyżowej, 2 zaś zapewne wskutek leczenia zbyt spóźnionego, bo rozpoczętego dopiero w 21 i 25-tym dniu choroby. Wszyscy, którym wstrzyknięto surowicę przed 10-tym dniem, wyzdrowieli. Z krzywych ciepłoty i tętna widać, jak szybko po zastrzyknięciu następuje spadek ciepłoty i uderzeń tętna u osób młodych i tęgich. Dur niezbyt ciężki można przerwać w kilka dni. Przy leczeniu surowicą zdarzają się i nawroty, które w samym początku należy leczyć ponownem wstrzyknięciem surowicy. Wogóle pod wpływem surowicy zmniejsza się czas trwania duru, ogólny stan polepsza się, biegunka przechodzi w 3—4 dni, działalność nerek pobudza się, czasem aż do poliuryi, wreszcie we krwi pojawia się wyraźna hyperleukocytoza. Bezpośrednio po wstrzyknięciu następuje zwykle w lekkich przypadkach nieznaczny i krótkotrwały odczyn gorączkowy, poczem ciepłota spada niżej od pierwotnego poziomu. W cięższych przypadkach odczyn jest silniejszy i dłuższy; należy z nim walczyć energicznie zapomocą chłodnych kąpieli. Powikłania przy leczeniu surowicą zdarzają się rzadko. Same wstrzykiwania podskórne nie są ani bolesne, ani rozdrażniające; stosuje się je w dawkach od 12 do 14 ctm.; jeśli potem w ciągu 10 dni gorączka nie ustąpi, należy wstrzyknąć znowu 5—10 ctm. Na ogół rzec można, że działanie surowicy jest tem wyraźniejsze, im wcześniej ją zastosowano. Dwaj chorzy, u których leczenie rozpoczęto w 6-tym i 7-mym dniu choroby, powrócili do zdrowia po trzech dniach leczenia. Oprócz surowicy ważnemi są dwa czynniki dla zapewnienia pomyślnego skutku: chłodne wanny i obfite odżywianie chorego.

W końcu Chantemesse nadmienia, że aby módz wyrokować o skuteczności surowicy, należy opierać się na statystyce kilku setek przypadków i porównać z pomocą równie obfitej statystyki wyniki stosowania surowicy obok kąpieli z wynikami leczenia tylko samemi kąpielami. Stosując tymczasem wanny, autor nie chciał pozbawiać chorych dobroczynnego wpływu tego tak powszechnie uznanego środka.

Na tem kończy się jak na teraz szereg mniej lub więcej udatnych prób seroterapii duru brzusznego. O próbach leczenia tej choroby zapomocą wstrzykiwań chorym osłabionych hodowli prątka Ebertha (E. Fränkel), lub też hodowli prątka ropy błękitnej (Rumpf) — mówić tu nie będę, gdyż nie wchodzi to w zakres niniejszego zarysu. Z tego też względu pominiemy obszerny dział szczepień ochronnych w durze, który został dość szczegółowo opracowany w tym roku przez Piewnickiego w „Russkiem archiwum patologii, klinicznej medycyny i bakteryologii".

Przejdźmy natomiast do nader zajmującego zagadnienia o istocie tego wpływu na ustrój, jaki wywiera surowica swoista. Jak w nauce o odporności wogóle, tak i w tej jej gałęzi, panowała różnica poglądów już od samego początku jej istnienia. Tak tedy w 1892 r. Chantemesse i Vidal przyznawali tylko bakteryobójcze własności uzyskanej przez nich surowicy przeciwdurowej, kiedy w tym samym czasie Bitter uznawał ją za antytoksyczną, a Stern oświadczał się również za antytoksycznością krwi ozdrowieńców po durze. W rok potem Sanarelli w swej pracy o uodpornieniu zapomocą krętka *(vibrio)* Miecznikowa badał *in vitro* własności uzyskanej surowicy pod względem bakteryobójczym, osłabiającym bakterye i antytoksycznym. Okazało się, że taka surowica nie posiadała poza ustrojem zwierzęcym żadnej z tych trzech własności, zbawienne zaś działanie jej na ustrój należy tłómaczyć w ten sposób, że pobudza ona działalność komórek ciała i wywołuje gromadzenie się we krwi leukocytów, które pochłaniają i niszczą drobnoustroje. Wnioski te, wypływające z doświadczeń autora, były zgodne z fagocytarną teoryą Miecznikowa. Dalej w 1896 r. Pfeiffer i Kolle zajęli się zbadaniem surowicy ozdrowieńców po durze, tudzież kóz uodpornionych przeciwko durowi i przyznając tym surowicom swoiste własności bakteryobójcze, przypuszczali jednakże, że te własności istnieją w surowicy w postaci nieczynnej i dopiero wewnątrz ustroju przy pomocy jego odczynu przechodzą w stan czynny, działając wówczas niszcząco na bakterye. Wassermann również kładzie nacisk na czynną rolę ustroju w sprawie rozwijania przez surowicę własności bakteryobójczych lub antytoksycznych, powstawanie zaś w niej tych lub innych własności stawia w związku ze sposobem uodpornienia. Szeregiem doświadczeń z prątkiem ropy błękitnej dowiódł on, że uodporniając wyłącznie jadem tego prątka otrzymujemy w surowicy właściwości antytoksyczne i bakteryobójcze, uodparniając zaś zapomocą ciał bakteryi — możemy stwierdzić we krwi tylko własności bakteryobójcze bez antytoksycznych. W tymże czasie Gruber i Durham ogłaszają wyniki swych prac nad aglutynacyą, czyli zlepianiem się bakteryi, nadając temu zjawisku właściwe znaczenie i zastosowując je do rozpoznawania drobnoustrojów (cholery i duru). Według Grubera wielka zdolność aglutynacyi jest jedyną swoistą

właściwością uodporniającej surowicy i ma decydujące znaczenie w wywoływaniu odporności. Ta ostatnia zależy, według niego, od współdziałania dwóch czynników, którymi są: 1) aleksyny Buchnera, bakteryobójcze ciała, znajdujące się zawsze w sokach ustroju prawidłowego i 2) powstające przy czynnem uodpornieniu swoiste niweczniki (Antikörper), aglutyniny, czyli glabryficyny, które przez unieruchomienie, napęcznienie i zlepienie bakteryi — obniżają znacznie ich wytrzymałość na zabójczy wpływ aleksyn. W dwa lata później Trumpp, potwierdzając wnioski Grubera, z wymienionych własności aglutyninów przypisuje pierwszorzędne znaczenie w sprawie uodpornienia napęcznieniu i prawdopodobnemu rozmiękczeniu powłoki ciał drobnoustrojów. Pewne podobieństwa z teoryą Grubera mają poglądy J. Bordeta, który również w swoistej surowicy odróżnia dwa ciała — nieswoistą bakteryobójczą substancyę, znajdującą się prawidłowo u zwierząt w leukocytach (aleksyny) i ulegającą zniszczeniu już przy 56° C., oraz substancyę swoistą („substance préventive specifique"), która na mocy dodatniej chemotaksis przechodzi do leukocytów i łączy się tam z substancyą bakteryobójczą, wywierając wówczas wspólnie z nią niszczący wpływ na bakterye. Tę swoistą substancyę, wytrzymującą ogrzewanie do 56° i wyżej i powstającą w surowicy zwierząt uodpornionych, nazwał Bordet w późniejszych swych pracach „substance sensibilitatrice", nadając jej znaczenie czynnika, usposabiającego drobnoustroje do pochłonięcia niszczącej je aleksyny. Jak widzimy, badacz ten przypisuje ważne znaczenie sokom ustroju w walce z zarazkami; rola ich jednak według niego jest drugorzędną, pomocniczą tylko, punkt ciężkości leży zaś w fagocytarnych własnościach ustroju. „Odporność tedy bierną", powiada on, „należy objaśniać, przynajmniej w części, biernem powiększeniem się bakteryobójczej własności fagocytów". Również gorący wyznawca teoryi Miecznikowa Deutsch, mówiąc o własnościach surowic uodporniających, przypisuje im aglutynujące działanie z jednej strony i uczulające (sensibilizujące) na aleksyny — z drugiej; zastanawiając się zaś nad sposobem działania swoistych surowic, wypowiada on myśl, że taka surowica zawiera w sobie ciała, które wiążą i zobojętniają wytwory bakteryi, działające ujemnie chemotaktycznie. Należy też wspomnieć o poglądach Wassermanna, wypowiedzianych niedawno w tym przedmiocie. Starając się wyjaśnić przyczynę małej skuteczności bakteryobójczych surowic, dochodzi autor do wniosku, że wszystkim tym surowicom brak dostatecznej ilości aleksyny. Wszak podczas okresu uodpornienia w surowicy zwierzęcia nagromadza się jeno ciało uczulające, „substance sensibilitatrice" (Bordet), czy też „Immunkörper" (Ehrlich), podczas gdy ilość aleksyny (cytazy) nie zmienia się. Oczywiście więc, że dopiero po dodaniu aleksyn, a raczej normalnej surowicy, w której się one znajdują, możemy otrzymać surowicę leczniczą, działającą skutecznie. Takie wnioski nasuwała teorya, lecz doświadczenia wykazały, że nie każda surowica prawidłowa nadaje się do tego celu i że w każdym przypadku należy dobrać odpowiednią aleksynę. Wassermann przyznaje, że wybór tej ostatniej, to zadanie niełatwe, lecz za to może mieć ogromne znaczenie dla bakteryologii stosowanej. Oto pobieżny przegląd teoryi, wyjaśniających w ten lub inny sposób ochronny wpływ swoistych surowic na zagrożony ustrój. Wszystkie one wskazują na istnienie w tych surowicach pewnych swoistych niweczników, ciał zgubnie działających na bakterye i jady.

Należało tedy przypuszczać, że te niweczniki („Antikörper", „Schutzstoffe", „anticorps", „corps préventifs") wytwarzane są przez pewne narządy, lub tkanki ustroju zwierzęcego podczas okresu uodpornienia. Zagadnienie to po raz pierwszy znalazło wyjaśnienie ze strony Ehrlicha w jego teoryi łańcuchów bocznych (Seitenkettenimmunität), wedle której niweczniki surowicy są składowemi częściami pewnych komórek, odznaczających się szczególnem usposobieniem do łączenia się z wprowadzonym jadem. Otóż te „jadonośne łańcuchy boczne („toxophore Seitenketten"), powstające podczas uodpornienia, przechodzą z narządów do krwi i tworzą t. zw. niweczniki. Hypotezę Ehrlicha potwierdził Wassermann, który w swoich doświadczeniach, dokonanych wspólnie z Takaki, wykazał, że u zwierząt w kilka dni po wstrzyknięciu prątków durowych, żywych lub martwych, zjawiają się ciała ochronne „Schutzstoffe" w szpiku kostnym, oraz śledzionie, gruczołach chłonnych i grasicy. Inne zaś narządy nie posiadały działania uodporniającego. Do takich samych wniosków doszli Pfeiffer i Marx w swoich badaniach nad miejscem powstawania ochronnych ciał w cholerze („Choleraschutzstoffe"), a porównywając śledzionę z surowicą, dowiedli, że w dwa dni po wstrzyknięciu przecinkowca można już znaleźć w śledzionie znaczną ilość niweczników, kiedy jeszcze we krwi niema ich ani śladu. M. Wassermann ze swych badań nad uodpornieniem przeciw dwoince zapalenia płuc *(pneumococcus)* wnosi, że miejscem wytwarzania się swoistych niweczników („Pneumokokkenschutzstoffe") jest szpik kostny, a miejscem ich przechowywania śledziona i grasica.

Wanters, badając bakteryobójcze własności różnych narządów i tkanek zwierząt prawidłowych, znalazł najwięcej substancyj bakteryobójczych w szpiku kostnym, natomiast Deutsch utrzymuje, że narządy prawidłowych zwierząt, nawet w dawce 1.0 grm. nie wywierają żadnego ochronnego lub aglutynacyjnego działania względem prątka durowego. Dalej, badając powstawanie niweczników durowych u zwierząt uodpornionych, badacz ten doszedł do przekonania, że szpik kostny i śledziona należą do tych narządów, w których tworzą się niweczniki; chcąc zaś wyświetlić rolę śledziony w tej sprawie, wycinał ją zwierzętom na 4—5-ty dzień uodpornienia, t. j. w czasie, kiedy w surowicy zjawiają się przeciwdurowe własności. Doświadczenia te wykazały, że takie wycięcie śledziony wywołuje w pewnej części przypadków zmniejszenie się ochronnych własności surowicy, co dowodzi, że na 5-ty dzień część wytworów, stwarzających odporność („substances immunogènes ou antigènes") już usadawia się w śledzionie. Wogóle jednak Deutsch wyraża zdanie, że niema wytwarzających narządów, lecz są jeno miejsca wytwarzania się niweczników, które prawdopodobnie powstają w leukocytach, emigrujących z miejsca zakażenia do krwi i narządów limfatycznych. Ciekawe też są badania tego autora nad związkiem pomiędzy niweczn ikami i aglutyninami. Te ostatnie, według Deutscha, podobnie jak niweczniki, zjawiają się we krwi na 3—4-ty dzień, wzrastają do 10—13-go dnia i następnie ilość ich stopniowo się zmniejsza. Z podobieństwa tego wszakże nie należy wnosić o tożsamości tych dwóch ciał, gdyż surowica może posiadać słabe własności aglutynujące i zarazem zawierać znaczną ilość niweczników. Zdanie to potwierdzili i inni autorowie; z nich wspomnę Goldberga, który we wnioskach ze swych badań mówi między innemi, że między bakteryobójczą i aglutynującą własnością krwi niema żadnego związku, dalej zaś, że aglutynacyjne własności krwi nie zawsze odpowiadają stopniowi odporności zwierzęcia. Cały ten nowy kierunek nauki o odporności wywołał już znaczną ilość prac, dążących do wyświetlenia tej sprawy i naukowego jej uzasadnienia; dał też on pewne wyniki praktyczne w swoistej organoterapii, czyli stosowaniu u ludzi w celach leczniczych wyciągów z narządów zwierząt uodpornionych. Jednym z pierwszych badaczy na tem polu był Jeż, który ogłosił cały szereg prac w tym przedmiocie. Jeszcze w 1897 r. pracował on nad wyciągami z rozmaitych narządów zwierząt prawidłowych, badając ich lecznicze działanie na zakażonych królikach, otrzymał jednak wyniki ujemne. Wtedy przeszedł Jeż do badania własności rozmaitych narządów, wziętych z królika po wstrzyknięciu mu poprzednio żywych prątków duru brzusznego. Narządami, w których wytwarzały się wówczas substancye, zabezpieczające inne zwierzęta przed zakażeniem durowem, okazały się: grasica, śledziona, szpik kostny, mózg i rdzeń.

kręgowy. Autor zaczął więc poddawać króliki dłuższemu uodpornieniu zapomocą powtarzających się wstrzykiwań hodowli durowych do jamy brzusznej i zabijał je dopiero po osiągnięciu wysokiego stopnia odporności Następnie wyliczone narządy takich zwierząt rozcierał na miazgę z rozczynem soli kuchennej, do którego dodawał wyskoku, gliceryny i niewielkiej ilości kwasu karbolowego, w późniejszych zaś badaniach dodawano jeszcze do tego pepsyny. Otrzymywano w ten sposób przeźroczysty, cokolwiek czerwonawy płyn, nazwany wyciągiem przeciwdurowym (Antityphusextract), który nie dawał odczynu Widala i nie wstrzymywał rozwoju prątków durowych, lecz „posiadał własności w wysokim stopniu zobojętniające jad durowy.

Wyciąg ten stosowano na chorych z początku podskórnie, a potem wewnętrznie, gdyż ostatni sposób okazał się dogodniejszym, wywierającym szybsze działanie. Chorzy zażywali go łyżeczkami od kawy, lub łyżkami stołowemi co dwie godziny, a po spadku ciepłoty po trzy łyżki od kawy dziennie. Ogólna ilość wyciągu, przypadającego na jednego chorego, wynosiła średnio 300—400 gramów. W 18 leczonych przez autora przypadkach duru wynik miał być nader pomyślny. Pod wpływem wyciągu krzywa ciepłoty traci zupełnie swój znamienny przebieg. Gorączka ciągła (febris continua) od samego początku leczenia staje się zwalniającą i w krótkim czasie zupełnie ustępuje, przy przerwie zaś w leczeniu znów występuje na nowo gorączka ciągła. Odpowiednio do ciepłoty zmienia się krzywa tętna, a drobne, przyspieszone i dwubitne tętno staje się zazwyczaj silnem, pełnem i rytmicznem. Prócz tego zawsze można było spostrzegać wyraźne polepszenie samopoczucia, znikał stan odrętwienia, senność i bredzenie. Biegunka ustępowała, a ilość moczu z dnia na dzień się zwiększała. Jakiegobądź ubocznego działania tego środka w żadnym przypadku nie zauważono. W końcu zaznacza Jeż, że obok wyciągu winny być ściśle przestrzegane wszystkie warunki hygieniczno-dyetetyczne.

Przytoczony sposób leczenia stósował prof. Eichhorst w 12-tu przypadkach duru, wyjątkowo ciężkich, i ani jeden z chorych nie umarł. U jednego z nich ciepłota spadła do poziomu prawidłowego po 7-miu dniach stosowania wyciągu przeciwdurowego (Jeża), u reszty zaś spadała przez 4—5 dni, pozostając nadal już wciąż prawidłową. W dwóch wypadkach były krótkie powroty choroby, które również skutecznie leczono wyciągiem. „Niestety", powiada Eichhorst, „leczenie to nie jest taniem, gdyż zwykle jeden chory zużywa za 40—50 marek wyciągu". Ciekawem jest, że jednocześnie niemal autor ten próbował leczyć swoich chorych surowicą przeciwdurową końską, przygotowaną w berneńskim zakładzie i wydaje jej zgoła nie zachęcające świadectwo, twierdząc, że oprócz przejściowego podniesienia się ciepłoty nie wywoływała żadnych zmian w samopoczuciu, ani w przedmiotowym stanie chorych.

W roku ubiegłym Jeż wspólnie z Kluk-Kluczyckim zamieścił znów wzmiankę o stosowaniu wyciągu przeciwdurowego na całym szeregu chorych. Wyniki tych badań są również pomyślne, jak poprzednie, i sprowadzają się do następujących wniosków: Wyciąg przeciwdurowy Jeża działa swoiście i korzystnie tylko w durze brzusznym; nawet w dużych dawkach jest środkiem zupełnie nieszkodliwym; w rozpoznaniu różniczkowem jest środkiem pomocniczym, a nawet rozstrzygającym. Prócz tego zaznaczają autorowie, że najskuteczniejsze i najsilniejsze wyciągi otrzymywano ze zwierząt, zabitych w 2, lub 3 dni po wprowadzeniu jadu, — co, mówiąc nawiasem, niezupełnie zgadza się z wynikami prac innych badaczy (Deutsch).

Nieco później w tymże roku znajdujemy artykuł Dra Pometta, który zastrzega się wprawdzie, że mała ilość spostrzeganych przypadków duru nie pozwala mu wydać ostatecznego sądu o podawanym przezeń wyciągu Jeża, zawsze jednak można było zauważyć, że działa on nader skutecznie, obniżając ciepłotę ciała i wzmacniając tętno. Na zakończenie dodam dla zajmujących się tą sprawą, że wyciąg Jeża wytwarzają obecnie w dużych ilościach w berneńskim „Serum- und Impfinstitut", zkąd wedle słów autora, znajduje znaczny odbyt*).

Tak się przedstawiają w głównych zarysach postępy, osiągnięte dotychczas na drodze stosowania w durze brzusznym surowicy, jakoteż wyciągu z narządów zwierząt uodpornionych. Oceniając je, trzeba przyznać, że pozostawiają one jeszcze wiele do życzenia tak pod względem teoretycznego opracowania stron mało dotąd wyjaśnionych, jak też co do zdobytych korzyści praktycznych, — i trudno przewidzieć, która z tych dwóch gałęzi swoistego leczenia duru: seroterapia czy organoterapia wyda lepsze wyniki w przyszłości.

Piśmiennictwo. Ali-Cohen: Baumgarten's Jahresbericht 1897 r. referat. Baumgarten: Ibidem, 1886 r Beumer u Peiper. Bakteriolog. Studien über d ätiolog. Bedeutung der Typhusbacillen Zeitschrift f Hyg. u. Inf. T. I i II. Ciż: Ueber d. immunisirende u. heilende Wirkung antitoxischen Hammelserums geg. d Typhusgift. Zeitschrift f. klin. Medicin 1895 r T. XXVIII Bitter: Ueber Festiguug v Versuchsthieren geg. die Toxine der Typhusbacillen. Zeitschrift für Hyg u Infek. T. XII 1892 Blackstein: Baumgarten's Jahresbericht 1891 r. refer. Bordet J.: Sur le mode d'action des sérum préventifs. Annales de l'inst Pasteur 1896 r T. X. Börger: Zur Behandlung des Typhus abdom. mit antitox. Hammelserum. Centralblatt f. Bakteriologie 1896 r. T XIX. autoreferat. Brouardel et Thoinot: Tyfus brzuszny (w ros tłum.) 1898 r. Brieger, Kitasato u Wassermann. Ueber Immunität und Giftfestigung Zeit. f. Hyg. u. Inf 1892 T. XII. Chantemesse: 1) Comptes rendues de Soc. de biologie 1896. 2) Toxine typhoide soluble et sérum antitox de la fievre typh Le progrés medical 1899 r 3) Sérotherapie de la fièvre typh. La Semaine med. 1901 r. Nr. 47. Chantemese et Vidal: De l'immunité contre le virus de la fièvre typh. Annales de l'inst. Past. 1888 r. Ciż: 1) Étude experim. sur l'exaltation, l'immunisation et la thérapeut. de l'inf typh. Annales de l'inst P. 1892 r. VII 2) La Semaine med. 1893 r. Cygnaeus: Baumg Jahresbericht 1890 r. ref. Deutsch L.: 1) Contribution á l'étude de l'origine des anticorps typh. Annales de l'inst. Past. 1899 r. 2) Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der bakter. Immunität. Wiener med. Presse 1899 r 3) Zur Frage der Agglutininbildung. Centralbl. f Bakt 1900. T. XXVIII. Eichhorst prof: Ueber die Diät bei Abdominaltyphus. Therapeut Monatshefte 1900 r Nr 10. Fränkel A.: Baumgarten's Jahresb. 1887 ref. Fränkel E.: Ueber specif. Behandlung des Abdominaltyphus Deutsche med. Wochenschrift 1893 r Fränkel E. u Simmonds: Baumgart. Jahresber. 1886 r. ref. Fränkel F. Ibidem. Funck — przytoczony według Landouzy. Gaffky: Zur Aetiologie des Abdom. Typhus. Mittheilungen aus d. kaiserlich. Gesundheitsamte 1884 r. T. Goldberg S.: Къ вопросу о судьбѣ бактерій въ организмѣ животныхъ. Dyssertacya 1900 r. Petersburg. Gruber: Ueber active u pass. Immunisirung geg Cholera und Typhus. Wiener klin Wochenschrift 1896 r. Hammerschlag: przytoczony według Brouardel et Thoinet. Jeż P.: 1) Der Abdominaltyphus 1897. Wien. 2) Ueber die antitox. u. therapeut Wirkung des menschlich. Blutes nach überstand Abdominaltyphus. Wien med. Woch. 1898. 3) Ueber Typhusbehandlung mit einem Antityphusextract Wiener med. Wochenschrift 1899. Jeż i Kluk-Kluczycki: Zur Therapie des Abdom Typhus mit einem Antityphusextract. Wiener klin. Woch. 1901 r. Kitcher: Baumgart Jahresbericht 1887 r. ref. Klemperer F. Ueber natürl. Immunität u. ihre Verwerthung f. die Immunisirungstherapien. Archiv f exper. Pathol. u. Pharm. 1893. T 31 Klemperer u. Levy: Ueber Typhusheilserum. Berlin. klin. Woch. 1895 r. Landouzy: Seroterapia (w ros tłum. 1900 r.) Lepidi-Chioti u de-Blasi: Baumg. Jahresbericht 1887 r. ref. Löffler u. Abel: Ueber die specif. Eigenschaften der Schutzkörper im Blute Typhus u. Coliimmuner Thiere. Centralbl f Bakt. T. XIX. Metschnikoff E.: Immunität. Jena 1897 Murchison: — przytoczony według Jeża (Abdominaltyphus). Petruschky: Baumg. Jahresb. 1892 r. ref. Pfeiffer u Kolle: Ueber die specif. Immunitätsreaction der Typhusbacillen. Zeitschrift f Hyg. u. Inf. 1896. T. XXI. Pfeiffer u. Marx: Die Bildungsstätte der Choleraschutzstoffe. Zeitschrift für Hyg. u. Inf. 1898. T. XXVII. Piewnickij: Современное состояніе вопроса о предложен. прививкахъ противъ др тифа Rus. archiwum patologii, klin. medycyny i bakter. 1901 r. T. XI. zesz. 4. Pollak Gottlieb: Ueber die Behandlung des Typhus abdom. mit Blutserum der Typhusreconvalescenten. Zeitschr. f Heilkunde 1896. T. XVII. Pometta: Zur Behandlung des Abdom. Typhus mit d. Antityphusextract von Jeż. Wien. med. Woch. 1901 r. Nr. 28. Rumpf: — przytoczony według Landouzy. Sanarelli J.: Études sur la fièvre typh experim Annales de l'inst. P. 1892. T. VI Sanarelli J.: 1) Moyens de défense de l'organisme contre les microbes. Annales de l'inst. Past. 1893 T. VII Sanarelli J.: 2) Études sur la fièvre typh. exp. Annales de l'inst. P. 1894. T. VIII. Seitz: Baumgarten's Jahresbericht 1886 ref. Semmer: Ibidem 1888 r. ref. Sirotini: Die Uebertragung von Typhusbacillen auf Versuchsthiere. Zeitschrift f. Hyg. u. Inf. 1886. T. I. Stern: Ueber Immunität geg. Abdo-

*) Nie brakło jednak i głosów, odmawiających wyciągowi Jeża donioślejszego znaczenia. *(Przypisek Redakcyi).*

minaltyphus. Deutsche med. Woch. 1892 r. 2) Ueber die Wirkung des menschlichen Blutserums auf die Typhusinfection. Zeitschrift f. Hyg. und Inf. 1894 T. XVI. Trumpp J.: Das Phänomen der Agglutination und seine Beziehungen zur Immunität. Archiv f. Hygiene 1898. T. 33. Wassermann A.: 1) Experim. Untersuchungen über einige theoret. Punkte der Immunitätslehre. Zeitschr. f. Hyg. und Inf. 1896. T. XXII. 2) Ueber eine neue Art von künstlicher Immunität. Berliner klin. Wochenschrift 1898. 3) Weitere Mittheilungen über „Seitenkettenimmunität" Ibidem. 4) Nowe badania nad seroterapią. Refer. w. „Больн. газ. Боткина" 1900 r. 5) Wassermann u Takaki: Ueber tetanustox Eigenschaften des normalen Centralnervensystems. Berlin. klin. Woch. 1898. Wassermann M.: Pneumokokkenschutzstoffe. Deut. med. Woch. 1899. Wanters G.: Sur la répartition des substances bactericides dans les organes. Archives de med. exper. d'anat. path. 1898. T. X. Vestea di Baumgarten's Jahresbericht 1886 ref.

• • •

V. Wyciągi.

Baisch. **O niebezpieczeństwie podskórnych wstrzykiwań płynu Tavela (rozczynu soli kuchennej z węglanem sodowym).** (*Deutsche med. Wochs.* 1902, Nr. 35 i 36). W r. 1892 polecił Tavel rozczyn soli kuchennej 7·50 z wyprażonym węglanem sodowym 2·50 na 1000,00 wody, jako płyn do odkażania i przepłókiwania w chirurgii. Wartość jego ma polegać na wzmocnieniu alkaliczności krwi, która rzekomo działa zabójczo na różne drobnoustroje. Później zalecał Tavel ten płyn do podskórnych wstrzykiwań, mających powstrzymywać rozwój istniejącego już w ustroju zakażenia, zwłaszcza, że rozczyn ten nie miał wywierać ujemnego wpływu na tkankę zwierzęcą, a natomiast przyczyniać się silnie do wytwarzania się białych ciałek krwi. Pragnąłby zatem T. widzieć zastosowanie swego płynu w odkażaniu opatrunków, materyału do szycia, narzędzi, z dodatkiem lysolu lub kwasu karbolowego i do spłókiwania ran operacyjnych, szczególnie przy laparotomii, gdzie rozczyn ten ma zapobiegać zrastaniu się narządów brzusznych. Na gorące polecenie T. używano jego rozczynu przez dłuższy czas w tybingskiej klinice gin. do podskórnych wstrzykiwań po znacznej utracie krwi, czy to wśród porodu, czy też zabiegów operacyjnych. Tymczasem doświadczenia skończyły się smutno, bo aż śmiercią w jednym przypadku wskutek zaczopowania żył skrzepami z następowem ogólnem zakażeniem i zmusiły do porzucenia tego rozczynu, a pozostania przy wypróbowanym fizyologicznym roztworze soli kuchennej. Po wielu próbach doświadczalnych i kontrolnych na zwierzętach różnego gatunku i różnej wagi, którym Baisch wstrzykiwał to jeden, to drugi z tych rozczynów, po ścisłej a żmudnej obserwacyi, przyszedł do przekonania, że w działaniu ich zachodzą bardzo wybitne różnice, albowiem rozczyn fizyologiczny jest jak zawsze dzielnym środkiem, podczas gdy płyn Tavela, wstrzyknięty podskórnie, wywołuje znaczne zniszczenia. Zaraz powstaje obrzęk zajętego miejsca, potem zgorzel skóry na wielkiej przestrzeni, ropny rozpad — wśród bólów i małej skłonności do gojenia, które niekiedy trwa kilka miesięcy, a kończy się ostatecznie szerokiemi bliznami i przykurczeniami. Wreszcie zdarza się i śmierć, jak to miało miejsce w przytoczonym powyżej przypadku. *Grzybowski.*

Krönig. **Obustronne podwiązanie tętnicy biodrowej wewnętrznej i jajnikowej w celu łagodzącego leczenia raka macicy.** (*Centr. f. Gyn.* 1902, zesz. 41). W przypadkach raka macicy, nie nadającego się do operowania, wyłyżeczkowanie lub przypalenie mas rakowatych w celu powstrzymania krwotoków, lub ograniczenia gnilnego rozpadu nie zawsze odnosi skutek, a nieraz jest niebezpiecznem z powodu bliskiego sąsiedztwa pęcherza moczowego, odbytnicy i jamy otrzewnowej, dokąd łyżeczka łatwo wpaść może przez otwór zrobiony niepostrzeżenie w kruchej ścianie. W tych rozpaczliwych przypadkach zaleca Kr. obustronne podwiązanie tętnicy biodrowej wewnętrznej i jajnikowej. Pierwszą z nich podwiązuje jedwabiem tuż po odejściu jej od tętnicy biodrowej wspólnej, a jajnikową przed wstąpieniem jej do więzadła szerokiego. Dodatkowo podwiązuje Kr. tętnicę więzadła okrągłego, by zapobiedz utworzeniu się bocznego krążenia z tętnicy biodrowej zewnętrznej przez tętnicę nasienną wewnętrzną. Otwór w powłokach brzusznych ma być mały, nadaje się do tego poprzeczne przecięcie powięzi podług Pfannenstiela, nie tuż nad spojeniem łon., lecz w pewnej odległości między niem, a pępkiem. Cięcie w powięzi zaszywa się potem jedwabiem. Po 8—9 dniach chora może już wstawać. W przypadkach stosownych zaleca Kr. spróbować jeszcze dodatkowo wyskrobania tkanki rakowatej; dotychczas tego nie czynił, gdyż chciał przekonać się o wartości samego podwiązania tętnic. Gorąco poleca uskuteczniać podwiązanie wspomnianych tętnic w przypadkach raka macicy, operowanego drogą brzuszną, gdzie po otwarciu powłok przekonujemy się, że rozrost nowotworu jest za daleko posunięty i nie nadaje się do wycięcia doszczętnego. *Grzybowski.*

O. Kaiser. **Przyczynek do szybkiego rozwarcia ujścia macicznego sposobem Bossiego.** (*Centr. für Gynäkol.* 1902, Nr. 41). W miejsce nierozkładalnego i z czterech ramion złożonego przyrządu Bossiego poleca autor zmodyfikowany przez siebie przyrząd do rozszerzania ujścia macicznego. Zalety jego mają polegać na tem, że posiada 8 ramion (zamiast 4), które można rozłożyć w celach odkażenia i dokładnego oczyszczenia. Zapomocą korbki wykonuje się co minutę pół obrotu tak, iż w przeciągu 25 minut rozwiera się ujście maciczne w obwodzie na 34 ctm. Po dziesięciu pół obrotach należy nałożyć na końce ramion czapeczki Bossiego. Rozwarte tak ujście ma kształt ośmioboku, zbliża się więc postacią swą bardziej do koła, przez co ramiona przyrządu nie wrzynają się tak mocno w tkankę i nie narażają szyjki macicznej na znaczniejsze rozdarcia. Przyrząd ten znajduje zastosowanie w drgawkach porodowych, gdzie chodzi o szybkie rozwarcie ujścia dla ukończenia porodu. *Grzybowski.*

Bezold. **O leczeniu ostrego zapalenia ucha środkowego.** (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde* Tom 41, 1902). Odróżniamy dwie postacie ostrego zapalenia ucha środkowego: zwyczajne i ropne. Ściśle biorąc, te dwa rodzaje zapalenia nie dadzą się odgraniczyć od siebie, trzeba je raczej uważać za dwa stopnie jednej i tejsamej sprawy chorobowej. Zwykle mówimy o ciężkiej postaci wtedy, jeżeli wydzielina jest obfita; wtedy rychło przychodzi do samoistnego przebicia na zewnątrz, jeżeli ucho środkowe nie zostanie opróżnione przez nacięcie bębenka.

Czas trwania ostrego zapalenia ucha środkowego przy zupełnie prawidłowym przebiegu jest nadzwyczaj rozmaity: zapalenie może trwać parę dni i przeszło nawet rok; nawet w tym ostatnim razie słuch może wrócić do stanu prawidłowego. W tych przypadkach, gdzie zapalenie pomimo leczenia przeciąga się ponad 2 miesiące, B. przyjmuje zajęcie komórek wyrostka sutkowego. W tych przypadkach istnieje dla B. wskazanie do trepanacyi wyrostka, choćby ze strony wyrostka nie było zresztą żadnych objawów. W tych przypadkach, gdzie w uchu środkowem nagromadziła się większa ilość wydzieliny, B. jest za jak najszybszem nacięciem bębenka. Co do przedmuchiwania ucha w przebiegu zapalenia, to uważa B. obawy, wypowiadane przez rozmaitych autorów, za niesłuszne. Przedmuchiwanie ucha czy to przez cewnik, czy sposobem Politzera, uważa B. za zabieg, który nie da się niczem zastąpić i który B. stosuje we wszystkich okresach zapalenia. W przypadkach, gdzie w nosie lub w jamie nosowo-gardłowej istnieje zapalenie, robi B. przedmuchiwanie przez przewód zewnętrzny. B. podnosi dobre wyniki, jakie otrzymał przy stosowaniu kwasu borowego w proszku do zasypywania i w płynie do wystrzykiwania ucha. W końcu zwraca się przeciwko przepłókiwaniu ucha przez cewnik i przeciwko używaniu tamponowania przewodu usznego gazą w przebiegu ostrego zapalenia ucha srodkowego. B. dziwi się, że przepłókiwanie przez cewnik figuruje jeszcze w podręcznikach jako zabieg, polecony przy zapaleniu ucha środkowego, choć szkodliwość jego nie ulega najmniejszej wątpliwości. B. przepłókiwania nie stosował ani razu. *Dr. Teofil Zalewski.*

Knapp. **Przypadek autofonii.** (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, Tom 41, 1902). K. opisuje napad autofonii, jaki sam przebył przy ostrem zapaleniu gardła. Przy oddychaniu powietrze wchodziło bez żadnej przeszkody do jamy bębenkowej, wywołując niemiłe uczucie. Mowa własna, jakoteż i cudza, wydawała mu się głośniejsze. Początkowo objawy autofonii występowały tylko w jednem uchu, później w obydwóch. Rano dolegliwości były mniejsze; w ciągu dnia, a szczególnie wieczorem, stawały się dokuczliwemi. W pozycyi poziomej objawy autofonii znikały zupełnie taksamo, jeżeli K. nachylił się silnie ku przodowi. Objawy znikały też, jeżeli K. przy zamkniętym nosie i zamkniętych ustach wciągał powietrze (ujemny Valsalva). K. dodaje, że przedtem z powodu długotrwałej biegunki znacznie schudł. Powstanie autofonii objaśnia sobie w ten sposób, że trąbki Eustachiusza nie zamykały się z powodu wychudnięcia i utraty elastyczności przez zapalenie gardła, które przeszło na trąbki. Objawy autofonii znikły po ustąpieniu sprawy zapalnej z gardła. *Dr. Teofil Zalewski.*

Prof. Dr. W. J. Razumowsky. **W sprawie trepanacyi przy padaczce korowej.** (*Archiv Langenbecka* T. 67, Zeszyt I, 1902). R. wykonał w 7-miu przypadkach padaczki Jacksonowskiej trepanacyę wedle zasad Horsleya. Po odsłonięciu mózgu na znacznej przestrzeni, prądem stałym wyszukiwał miejsce, którego zadrażnienie spowodowało skurcz pewnej grupy mięśni, charakterystyczny dla danego przypadku. Miejsce to istoty korowej wycinał. Żaden z tych chorych nie umarł skutkiem operacyi. Porażenia spostrzegane po operacyi (a zależne częściowo od zniszczenia pewnej

okolicy mózgu, częściowo od zmian odżywczych w nim) szybko minęły. W dwóch przypadkach osiągnął R. trwałe wyleczenie (spostrzeganie trwało najmniej trzy lata): u jednego chorego nastąpiła znaczna poprawa, u dwóch innych wynik wątpliwy i u dwóch zupełnie ujemny. Wreszcie w 1 przypadku padaczki urazowej z załamaniem kości — osiągnięto dzięki trepanacyi wynik pomyślny. W końcu w 1 przypadku porencefalii, w którym drenowano komórkę, śmierć nastąpiła wskutek zakażenia. *Herman.*

Prof. Tauber. **Leczenie zwężeń przełyku gastrostomią czasową.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 18). Tauber opisuje spostrzegane przez się trzy przypadki zwężeń bliznowatych przełyku po oparzeniu płynami żrącymi. Pierwszy chory napił się ługu żrącego: wychudł on nadzwyczajnie i ważył zaledwie 39 kilo: przełyk przepuszczał cewnik Nr. 18 Po gastrostomii chory szybko poprawiał się; już na 10-ty dzień połykał nawet pokarmy twarde; gruby zgłębnik przechodził z łatwością. W drugim przypadku T. operował chorą 21-letnią, która przed dwu laty połknęła mineralny kwas; przełyk przepuszczał zaledwie najmniejszą oliwkę zgłębnika Trousseau: chora mogła połykać wyłącznie tylko płyny, lecz i to z wielką trudnością; w tydzień po operacyi chora mogła przełykać już wszystkie pokarmy, jakkolwiek zbadania przełyku zgłębnikiem nie zastosowywano. Podobny dodatni wpływ gastrostomii na przebieg zwężeń przełyku tłómaczy T. tem, że gastrostomia sprowadza obniżenie żołądka ku dołowi, wskutek tego przełyk rozciąga się, poprzeczne jego fałdy wygładzają się i stają się podłużnemi. O tem przekonał się T. w trzecim przypadku. Do kliniki wstąpił chory w bardzo groźnym stanie wskutek wypadnięcia żołądka przez przetokę żołądkową, założoną przed niedawnym czasem w celu usunięcia zwężenia przełyku; istotnie już na 10-ty dzień po rękoczynie chory mógł połykać pokarmy twarde; zamknięciu przetoki chory sprzeciwił się. Pomimo dokonanej operacyi chory umarł na drugi dzień po wypadnięciu żołądka. Sekcya wykazała zgorzel żołądka na całej jego przestrzeni; co się tyczy zwężenia przełyku, to pozostały tylko jego nieznaczne ślady. Według prof. Taubera nietylko gastrostomia, lecz i gastropeksya ma dodatni wpływ leczniczy na drożność przełyku zwężonego. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Lewaszow. **Choroba Werlhofa ze szczególnem uwzględnieniem jej postaci przebiegającej z ostrym charakterem, bardzo obfitymi krwotokami i cechującemi zmianami następowemi we krwi.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 36 do 37). Prof. Lewaszow (Kazań) opisuje spostrzegany przez siebie nadzwyczaj złośliwy przypadek choroby Werlhofa. Cechowały go silna gorączka i obfite krwotoki skórne, z dziąseł, języka, języczka i z narządów moczowych. Skład krwi nie przedstawiał w początku choroby osobliwych zmian oprócz nieznacznego zmniejszenia liczby krwinek czerwonych. Wkrótce jednak po bardzo obfitych krwotokach z języka i dziąseł liczba krwinek czerwonych spadła do 1,900.000, a białych podniosła się do 80.000; stosunek więc wzajemny wynosił 20: 1. W dwa dni po tym krwotoku liczba krwinek czerwonych wynosiła 1,800.000, białych zaś 22.500, stosunek więc był 80: 1. W następnych dwóch dniach krwotok powtórzył się i przystąpiły nowe liczne wybroczyny podskórne i krwawienie z narządu moczowego. Badane krwi wykazało: krwinek czerwonych 1,100.000, białych 130.000, stosunek więc między niemi wynosił 1: 8. Następnego dnia chory umarł wśród ogólnego zapadu i silnego osłabienia czynności serca. Na sekcyi zmian, cechujących białaczkę, nie wykryto.

Leukocytoza w chorobie Werlhofa była stwierdzoną już przed 30-tu laty przez Penzoldta, a następnie przez nowszych badaczy. W wyjątkowych jednak tylko razach dochodziła ona do tak znacznego stopnia, że skład krwi przybierał cechy właściwe białaczce, jak to było w przypadku L. We wszystkich tych przypadkach ogromne zwiększenie liczby krwinek białych występowało w następstwie obfitych krwotoków. Ponieważ krwotok zwykle sprowadza następową leukocytozę, to L., zgodnie z Penzoldtem, Immermanem, Wagnerem, Riessem tłómaczy spostrzegane w swoim przypadku zmiany we krwi również utratą krwi, jakkolwiek nie odrzuca możliwości i wzmożonego wytwarzania się krwinek białych.

Witold Orłowski.

W. Gordon. **Stosunek szmerów sercowych do położenia ciała chorego.** (*Brit. Med. Journal — Philad Med. Journal*, 5 kwietnia 1902 r.). Badając wpływ położenia ciała chorego na szmery sercowe, doszedł G. do następujących wniosków: w położeniu leżącem wzmagają się szmery w niedomykalności zastawek dwudzielnej i trójdzielnej, zwężeniu tętnicy głównej, a także szmery, wywołane przez niedokrwistość w okolicy tętnicy płucnej, tętnicy głównej i na koniuszku serca. Natomiast słabnie szmer w położeniu leżącem przy zwężeniu ujścia żylnego lewego, oraz szmer żylny (*bruit de diable*) w niedokrwistości. Wreszcie szmer pozostaje bez zmiany w różnych położeniach w niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Różnica w natężeniu szmerów zależy prawdopodobnie od tego, że w położeniu leżącem głębokość jamy piersiowej powiększa się, a serce, opadając własnym ciężarem, zmienia swe położenie.

Dr. St. Rudzki.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Schuler. **Wyniki leczenia 450 przypadków duru brzusznego laktofeniną.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 41). W późnej jesieni wybuchła nagle w miasteczku Gelsenkirchen bardzo gwałtowna epidemia duru brzusznego tak, że zaskoczeni tem lekarze w szpitalu już z samego braku wody absolutnie nie mogli podołać leczeniu kąpielami, uznanemu dziś powszechnie za sposób najlepszy leczenia duru. Musiano się zatem uciec do środków wewnętrznych, z których wybrano laktofeninę. Wypróbowano najpierw skuteczność tego leku w 25 przypadkach, podając w południe po 1 grm. laktofeniny i przekonano się, że w godzinę potem gorączka zaczyna powoli spadać, by po czterech godzinach dojść do *maximum* zwolnienia, t. j. obniżyć się o 2°—2·5° C., poczem, wzmagając się znowu, dochodzi po 6—7 godzinach do stanu pierwotnego. Prawie w połowie przypadków spadek ciepłoty był połączony z poceniem się, z którego chorzy wcale nie doświadczali żadnej przykrości. Tętno i oddech nie doznały żadnego ujemnego wpływu, a w przypadkach, w których tętno już z góry było nieprawidłowe, połączono laktofeninę z naparstnicą, kamforą i eterem, i ani razu nie spostrzeżono zapadu. Próby sprawdzające z antypiryną, fenacetyną i chininą nie odniosły tak znacznego i trwałego zwolnienia ciepłoty. Podawano laktofeninę 3 razy dziennie, o 8-mej rano, o 3-ciej popołudniu i o 8-mej wieczór po 1 grm.; ostatni proszek ze skutkiem nasennym. Dzieciom podawano 3 razy dziennie po 0·5; dawka ta u dorosłych nie wpływała na gorączkę. Jeśli po kilku dniach ciepłota wynosiła tylko 37°—37·8°, próbowano nie podawać laktofeniny, poczem powoli zmniejszano ten środek, podając dziennie tylko dwa proszki, potem jeden po 1 grm. Pokazało się przytem także, że laktofenina działa uspokajająco we wszystkich przypadkach podniecenia nerwowego i skutek uspokajający można było stwierdzić nawet w przypadkach, w których wyjątkowo (3%) ciepłota w pierwszych dniach się nie zmniejszyła. Na bóle nerwowe obwodowe laktofenina nie miała wpływu; jest to więc środek uspokajający (przynajmniej w dawce 1 grm.), lecz nie uśmierzający ból. Laktofenina działała również dodatnio na przewód pokarmowy, zmniejszając sprawy gnilne w jelitach. Chorzy chętnie zażywali laktofeninę, łaknienie wystąpiło wcześniej i zauważono też skutek wypróżniający. Nieprzyjemnych następstw ubocznych nigdy nie zauważono, tylko w dwóch przypadkach, w których w przeciągu paru godzin gorączka spadła o 4°, wystąpił silny dreszcz przy ponownem wzmaganiu się ciepłoty. W stosunkach więc, gdzie leczenie kąpielami nie da się przeprowadzić, w pierwszym rzędzie nadaje się laktofenina do leczenia duru brzusznego. *Dr. Fels.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 20 czerwca 1902.

Przewodniczący: kol. Sołowij, obecnych członków 43.

I. Kol. Obrzut: »Zserowacenie gruzełka i pochodzenie mas serowatych w tkankach gruźliczych«. Gruzełek jest jednym z częstych charakterystycznych objawów zakażenia gruźliczego; kładę nacisk na wyraz »częstych« bo nie jest on ani jedynym, ani koniecznym składnikiem sprawy gruźliczej. Pochodzenie pojedynczych komórek nabłonkowatych (epitelioidowych) gruzełka nie jest ściśle udowodnionem; mogą one być wytworem komórek stałych, powstałym wśród mitotycznego dzielenia się tych ostatnich, ale z tem samem prawdopodobieństwem można je uważać za wyżej zorganizowane komórki pochodzenia limfatycznego.

Gruzełek w środku zserowaciały nie musi być koniecznie wyrazem w środku rozpoczętego, a ku obwodowi szerzącego się obumarcia, albowiem może on przedstawiać tylko pewien okres zapalenia produktywnie odczynowego naokoło prosowatego (miliarnego) ogniska wypocinowego, często leukocytarno-włóknikowego, niekiedy tylko włóknikowego. Dowodem tego są gruzełki, najczęściej w wątrobie, złożone ze środka z takiego samego grubobeleczkowego włóknika, jak n. p. we wrzekomej błonie błoniczej, a na obwodzie z dosyć wysoko nieraz zorganizowanej tkanki ziarninowej.

Gruzełek prócz swej postaci zewnętrznej nie ma nic wspólnego z właściwymi nowotworami, jest on tylko guzkowatą wypociną zapalną z mniej lub więcej wybitnym odczynem na obwodzie. Jeżeli prątki stracą swą jadowitość (wirulencyę), gruzełek przemienia się w ognisko łączno-tkankowe. W naturze jednak procesu gruźliczego leży rozsianie (dyseminacya) prątków do otoczenia, dyfuzya ich jadów i wywoływanie coraz nowych ognisk zapalnych, coraz cięższych zaburzeń w krążeniu, które są ostateczną przyczyną obumierania (nekrobiozy) i ostatecznej martwicy całej tkanki gruźliczonaciekłej.

Tak jak nieraz obfite złogi serowate pomiędzy zlepionemi blaszkami osierdzia nie muszą być konglomeratem zserowaciałych gruzełków, ale są po prostu zgęszczoną wypociną zapalną, tak i gruzełek zserowaciały w środku może być tylko guzkowatym odczynem zapalnym (produktywnym) naokoło prosowatego ogniska wypocinowego (często włóknikowego).

Uzasadnienie szczegółowe tego zapatrywania na pewne objawy sprawy gruźliczej zabrałoby nam za wiele czasu. Uczynię to w osobnej publikacyi.

II. Kol. Kučera przedstawia szereg rzadkich okazów anatomopatologicznych i omawia je szczegółowo.

W dyskusyi nad oboma wykładami zabierali głos koll. Gluziński, Rydygier, Szulisławski, Kadyi, Barącz i prelegenci.

Dr. Ruff, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 29 października 1902.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kolega Bujwid i Gertler wyłożyli rzecz: »O surowicy przeciwpłoniczej, wytworzonej w Zakładzie higieny w latach 1895 do 1897 i o wynikach leczenia płonicy na podstawie doświadczeń, poczynionych w oddziale chorób zakaźnych szpitala św. Ludwika«. (Rzecz przeznaczona do druku.)

W dyskusyi kolega Jakubowski zaznacza, że surowica ta prawdopodobnie miała wpływ na obniżenie śmiertelności; podana jednak przez autorów statystyka nie jest równorzędna ze statystyką innych lat, gdyż obejmuje tylko dziesięć miesięcy, a nie wliczono listopada i grudnia. Odsetek więc śmiertelności nie wynosi 17%, jak podają prelegenci, lecz 27%. Statystyka podana obejmuje zbyt mało przypadków, bo tylko 46, ażeby módz wydać ostateczny sąd. Wreszcie kol. prof. Jakubowski podaje do wiadomości, że czynił starania, o surowicę Mosera dla szpitala św. Ludwika, lecz bez skutku, gdyż ilość surowicy, otrzymywana obecnie tylko z jednego konia, wystarcza zaledwie do prowadzenia doświadczeń w szpitalu św. Anny w Wiedniu. Innym zaś szpitalom surowica przeciwpłonicza najwcześniej dopiero po upływie sześciu miesięcy może być oddaną do użytku.

Kol. Lewkowicz omawia sprawę stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej w płonicy z punktu widzenia teoretycznego. Przeciw surowicy przemawia to, że nawet w cierpieniach ściśle paciorkowcowych, np. róży, jest ono mało skuteczną, lub bezskuteczna. I to łatwo się tłómaczy. Widzimy, że przebycie cierpienia nie uodpornia ustroju przeciw powtórnemu zapadnięciu, a chociaż sztucznie można uodpornić zwierzęta i otrzymać surowicę skuteczną, to jest ona bardzo słabą. Twierdzenie prelegentów, że toksyna paciorkowcowa nie jest znaną, nie da się utrzymać i właśnie przez porównanie działania antytoksycznego surowicy przeciwpaciorkowcowej z surowicą przeciwbłoniczą, w odniesieniu do tego samego ciężaru zwierząt użytych, okazuje się, że pierwsza jest 6000 razy słabszą i trzebaby jej wstrzyknąć 60 l., aby otrzymać tosamo działanie antytoksyczne, które przy błonicy dają 1000 jednostek Behringa w 1—10 cm³. Przytem trzeba jeszcze wziąć pod uwagę, że surowicę tę (Marmorka) otrzymano zapomocą paciorkowców o jadowitości ogromnie wzmożonej przez ustawiczne przeprowadzanie przez króliki, wiadomo zaś, że prowadzi to do wytworzenia odmian biologicznych, a taka odmiana może się stać równocześnie mało chorobotwórczą dla gatunku, dla którego pierwotnie była bardzo chorobotwórczą np. dla człowieka. To też i surowica wytworzona z pomocą tej odmiany może być stosunkowo skuteczną u królika, bezskuteczną u człowieka.

Płonica nie jest cierpieniem paciorkowcowem, gdyż jest cierpieniem o obrazie klinicznym ściśle określonym, pozostawiającem swoistą odporność z reguły na całe życie. Paciorkowce w jamie ustnej i gardle znajdują się od drugiego tygodnia życia stale w stanie prawidłowym (własne badania), do tkanek i do krwi wnikają przy płonicy na tle ciężkiego schorzenia ogólnego drugorzędnie. To też we krwi ze serca nawet w przypadkach kończących się śmiercią nie znachodzą się stale, lecz tylko w 63 przypadkach na 99 badanych (Moser). Zapalenie mieszkowe gardła podczas epidemii płonicy w jednej rodzinie należy uważać często za prawdziwą płonicę bez wysypki, innym razem, mianowicie gdy dotyczy osób, które już przebyły płonicę, obie choroby schodzą się w epidemii przypadkowo, a możliwość zapadnięcia osób, które przebyły płonicę, na zapalenie mieszkowe świadczy w przeciwieństwie do tego, do czego zmierzają wywody prelegentów, że obie choroby nie mają wspólnej etyologii.

Paciorkowce w płonicy mogą mieć jednak wielkie znaczenie w wywoływaniu powikłań, ale chodzi tu nie o jeden gatunek, lecz o różne gatunki paciorkowców; przytem chodzi prawdopodobnie o paciorkowce stale znajdujące się w jamie ust i gardła u każdego człowieka, nie chorobotwórcze, lub mało chorobotwórcze, co wszystko utrudniać będzie wyrabianie skutecznej surowicy. W każdym razie myśl Mosera, polega na tem, żeby otrzymywać hodowle wprost z krwi chorych zmarłych na płonicę, aby używać rozmaitych gatunków, pochodzących z różnych przypadków i aby nie zmieniać ich pierwotnej jadowitości przez przeprowadzanie przez zwierzęta, lecz używać wprost do szczepień u konia, celem uzyskania surowicy. Ponieważ prelegenci użyli tylko raz paciorkowca z gruczołu zropiałego po płonicy, a więc z ropy, a zresztą używali wprost paciorkowca ropotwórczego różnego pochodzenia, ponieważ wzmacniali jego jadowitość przez przeprowadzanie przez królika, zatem sposób ich jest identycznym ze sposobem otrzymywania surowicy Marmorka, a w stosunku do Mosera nie można mówić o prawie pierwszeństwa.

Kol. L. zwraca się w końcu przeciw nazwie surowicy przeciwpłoniczej, jako naukowo zupełnie nie uzasadnionej, a mogącej po dostaniu się do dzienników politycznych, wprowadzić w błąd publiczność. *(Streszczenie własne).*

Kol. prof. Ciechanowski nie zamierza poruszać zagadnienia o swoistej roli etyologicznej paciorkowców w płonicy, gdyż w tym kierunku żadnych badań nie prowadził; pewnem jest tylko, że paciorkowce mają znaczenie w powstawaniu wielu powikłań płonicy. Otóż z tego względu surowica, nie zadawalniając zresztą czysto naukowego postulatu, mogłaby jednak mieć już teraz pewne znaczenie praktyczne. Ale i z tego nawet stanowiska patrząc, trzeba uważać wystąpienie Mosera za nieco przedwczesne, bo nie oparte na dość licznych spostrzeżeniach; po wystąpieniu jednak Mosera można i może nawet trzeba było ogłosić wyniki, choć nielicznych, doświadczeń krakowskich, na dowód, że i u nas w tej sprawie pracowano. Wskazując na obosieczność czysto liczbowej statystyki śmiertelności, domaga się C. od prelegentów wyjaśnienia, czy przed r. 1901, od którego zaczynają prelegenci swoje obliczenia, nie bywało w szpitalu św. Ludwika śmiertelności z płonicy równie małej, jak w r. 1897, t. j. w roku doświadczeń z surowicą; już bowiem w r. 1900 śmiertelność nie była wiele wyższą, niż w r. 1897 (po doliczeniu 2 miesięcy, przez prelegentów w statystyce pominiętych). Mogłoby więc być, że rok 1897 t. j. rok doświadczeń był podobnie jak 1900 i jak może i dawniejsze lata, — okresem niższej śmiertelności. Nadto żąda C. wyjaśnienia, czy zauważono klinicznie jakiś wyraźniejszy wpływ surowicy na przebieg choroby, jak spadek ciepłoty po wstrzyknięciu i t. p., gdyż bez tego uzupełnienia statystyka z kilkudziesięciu tylko przypadków tem mniejszą ma wagę. C. przypomina, że zanim zalety surowicy przeciwbłoniczej Roux-Behringa udowodniono statystyką kilkudziesięciu tysięcy spostrzeżeń, pomyślny sąd o tym środku opierał się raczej na krytycznem spostrzeganiu klinicznem poszczególnych przypadków, niż na statystyce, która, choć pomyślna, liczyła się z początku dopiero na setki. Takich danych klinicznych o nowej surowicy kolega Gertler nie podał i to powinien uzupełnić.

Kol. Droba zaznacza, że dla niego hodowle mętne albo dwoinki nie stanowią dowodu jadowitości.

W odpowiedzi kol. Lewkowiczowi kolega Bujwid oświadcza, że przedewszystkiem wyłuszczył wszystkie wątpliwości, jakie istnieją w sprawie uważania paciorkowca za przyczynę płonicy. Zaznaczył, że mamy w tym kierunku »cień dowodu«, ale nie sam dowód. Do rozwiązania tej sprawy trzeba dużo jeszcze zrobić. Odporność względem paciorkowca jest krótkotrwałą, ale podobnie jak i w błonicy lub cholerze trwa nie wyżej nad kilka tygodni. W każdym razie przy zastrzyknięciu zwierzętom 0·5 sz. c. surowicy naszej łącznie z 10 krotną

zabójczą dawką paciorkowca, można utrzymać króliki przy życiu, gdy natomiast kontrolne giną. Dawkowanie zarazka nie jest tak łatwem, jak dawkowanie toksyny. Paciorkowce przeprowadzaliśmy przez króliki i tutaj różnica z metodą Mosera, ale hodowaliśmy je w bulionie z surowicą ludzką, ażeby niejako przepuszczać je równocześnie do tej gleby, a więc zachować działanie na ustrój człowieka. Paciorkowce nasze brane były z kilku przypadków płonicy, a więc surowica w tym kierunku, o ile chodzi o paciorkowca wziętego z płonicy, może nosić miano przeciwpłoniczej. Surowica przeciwpaciorkowcowa wogóle i nasza przeciwpłonicza jest nie antytoksyczną, ale antybakteryjną i działanie jej nie może być mierzone w taki sam sposób, jak działanie surowicy przeciwbłoniczej. Że różnica w działaniu teoretycznem a w zastosowaniu praktycznem może być wielka, na to wskazuje choćby porównanie działania antytoksyny tężca i antytoksyny błoniczej. Antytoksyna tężcowa może z łatwością być otrzymaną w postaci 100 i 1000 razy silniejszej od przeciwbłoniczej; wynikałoby stąd, gdyby wnioskować wzorem kolegi Lewkowicza, że dawka tej surowicy leczniczej mogłaby być 100 lub 1000 razy mniejsza od dawki surowicy błoniczej, w praktyce zaś pokazuje się, że trzeba brać antytoksyny tężcowej 10 do 50 razy więcej i nieraz bez żadnego skutku.

Toksyna paciorkowcowa nie jest mi znaną, gdyż przerabiając sposoby podane przez różnych badaczy nic zdołałem jej otrzymać.

Bagiński i Sommerfeld (p. Deut. Med. Woch. Nr. 43) obserwowali w 700 przypadkach za życia prawie stale, zaś w 82 sekcyach stale paciorkowce w płonicy *(Streszczenie własne)*.

Kol. Gertler zaznacza, że odsetek śmiertelności 17·3% w stosunku do przeciętnej 41·14 lat poprzed. odnosi się do 10 miesięcy, t. j. do okresu stosowania surowicy, a nie do całego roku; na dowód, że tak zwany *genius epidemicus* był bardzo złośliwy, przytacza fakt, że na 11 przyjętych dzieci w następnych dwóch miesiącach zmarło 10, które wpłynęły niekorzystnie na odsetek śmiertelności całego roku i trudno także przypuścić, iżby się *genius epidemicus* zmienił z chwilą nie stosowania surowicy. Kol. Lewkowiczowi wyjaśnia, że przypadków zapaleń gardła, występujących u osób starszych równocześnie z zapadaniem dzieci na płonicę, nie mógłby uważać za płonicę, z powodu braku innych objawów klinicznych. Przytoczył tylko w swojem przemówieniu przypadki, o których z pewnością wiedział, że przebyły płonicę. Odnośnie do przypadku płonicy po oparzeniu może zapewnić, że nie był to rumień, lecz typowa płonica, spostrzegana równocześnie przez innych kolegów. Brak paciorkowców we krwi niektórych przypadków płonicy o zejściu śmiertelnem nie może nikogo zadziwić, jeśli się uwzględni doświadczenia, które stwierdził w Zakładzie higieny. Gdy wstrzykniemy słabą hodowlę paciorkowca królikowi, to zwierzę pada zwyczajnie po 2—3 tygodniach i wówczas ani we krwi, ani hodowlą, ani przez przeszczepienie krwi na inne zwierzę nie można stwierdzić paciorkowca, zwierzę ginie z powodu zmian degeneracyjnych w mięśniu sercowym, lub z powodu schorzenia ogólnego. Dlatego nie znajdowanie paciorkowca w każdym przypadku śmierci z płonicy jeszcze nie dowodzi tego, iżby go poprzednio w ustroju nie było. Zamierzaliśmy otrzymać toksyny z hodowli bardzo jadowitych dla królików, ale nadaremnie. Zwierzę szczepione bulionem, z którego oddzielono drobnoustroje, w ilości 2—3 sz cm, nie oddziaływało nawet podwyższoną ciepłota, podczas gdy szczepione podskórnie 1 milionową sz. ctm. tych samych hodowli ginęło po upływie 16—24 godzin. Z obrazu klinicznego dadzą się wyciągnąć wnioski podane w odczycie i w tabeli chorych; ocena zaś poszczególnych przypadków jest już z tego powodu trudną, że i bez leczenia bardzo ciężkie na pozór przypadki płonicy przechodzą dobrze. W płonicy mamy zupełnie inne stosunki, niż w błonicy. Roux i Yersin wykazali, że przy równoczesnem zastrzyknięciu paciorkowca i osłabionej hodowli prątka Löfflera, która sama nie jest w stanie zabić świnki, zwierzęta padają i wspomnieni badacze uważają, że paciorkowiec wpływa znacznie na podwyższenie jadowitości prątków Löfflera; v. Dungern zaś zauważył w stowarzyszeniu się paciorkowców z prątkiem błoniczym wzmocnienie znaczne jadowitości paciorkowców.

W każdym razie mamy przy płonicy do czynienia z obu drobnoustrojami, jak to Ranke w 53·7% wykazał i ztąd też podwójne niebezpieczeństwo istnieje w płonicy. *(Streszczenie własne)*.

Prócz tego zabierali głos kol. Droba i kol. przewodniczący. Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

* * *

VIII. XII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie w dniach 14, 15 i 16 lipca 1902.

Podał

Dr. Bolesław Żmigród.

Wielka sala wykładowa krakowskiej Kliniki chirurgicznej wypełniła się tego roku znaczną liczbą uczestników ze wszystkich stron Polski, chcących podzielić się swym rocznym dorobkiem, wyrobionem zdaniem i nabytem doświadczeniem. W Zjeździe wzięli również udział lekarze wojskowi, którzy przysporzyli treści z zakresu chirurgii wojskowej. Że Zjazdy chirurgów polskich ciągle się jeszcze rozwijają, świadczy fakt, że kiedy w roku przeszłym liczba wykładów wynosiła 40, w roku sprawozdawczym podniosła się do 65, czego następstwem okazała się potrzeba przedłużenia czasu obrad o dzień jeden, aby wyczerpać nagromadzony materyał naukowy.

Z porządku rzeczy załatwiono sprawy formalne, zatwierdzając dawny zarząd w następującym składzie: przewodniczący prof. Rydygier, zastępca jego prof. Kader, sekretarz doc. Bossowski, skarbnik prof. Trzebicky. Na prezesów honorowych powołano Dr. Sawickiego (Warszawa), Dra Szumana (Toruń) i prof. Dra Ziembickiego (Lwów).

Obrady rozpoczął:

1. Kostanecki: **O descensus testiculorum.** Prelegent omawia nasamprzód dawniejsze tłómaczenie zstępowania jąder, które główną rolę przypisywało skracaniu się i kurczeniu więzadła zw. jądrowodem *(gubernaculum Hunteri)* i dochodzi do wniosku, iż tłómaczenie to nie jest wystarczające, a nawet błędne. Do wyjaśnienia zawiłych stosunków zstępowania jąder przyczyniły się głównie prace Bramanna, Klaatscha, Frankla i Webera, prace embryologiczne i porównawczoanatomiczne, ale i te tylko częściowo tłómaczą nam mechanizm zstępowania jąder.

Zstąpienie jąder z miejsca pierwotnego ich położenia, t. j. z wysokości drugiego kręgu lędźwiowego do worka mosznowego, musimy podzielić na trzy okresy. Z początkiem trzeciego miesiąca zaczynają się jądra zbliżać do pierścienia pachwinowego podotrzewnowego; ten okres tłómaczy się nierównomiernym wzrostem więzadła Huntera do kośćca i mięśni zarodka; potem doszedłszy do pierścienia pachwinowego podotrzewnowego jądra zostają odepchnięte znów ku górze przez rozwijający się stożek pachwinowy (*conus inguinalis*), a dopiero w ósmym miesiącu skutkiem zanikania tego stożka dostają się do kanału pachwinowego, wreszcie w końcu życia płodowego do worka mosznowego. Istnienie stożka pachwinowego tłómaczą nam badania porównawczoanatomiczne nad temi zwierzętami, u których mamy peryodyczne zstępowanie jąder.

W końcu omawia Kostanecki hipotezę, dotyczącą rozwoju szczepowego (filogenezy) zstępowania jąder, postawioną przez Klaatscha. Autor ten zwraca uwagę na to, że zstępowanie jąder spotykamy dopiero u ssawców i przypisuje je warunkom, jakie wytworzyły się w okolicy pachwinowej ściany brzusznej skutkiem dwóch równocześnie u nich dopiero występujących czynników, mianowicie skutkiem tego, iż zwierzęta ssące począwszy od torbaczów *(marsupialia)* zamieniły się na zwierzęta żyworodne i ztąd wytworzyły się więzadła utrzymujące macicę w jej położeniu *(lig. uteri teres, rotundum)* i skutkiem tego, że w skórze rozwinęły się nabrzmiewające podczas karmienia a potem znów malejące gruczoły mleczne. Zmiany te, występujące pierwotnie tylko u samic, przeniosły się następnie dziedzicznie na zarodki męzkie i umożliwiły wytworzenie się miejsc mniej odpornych w ścianie brzusznej i rozwój stożka pachwinowego.

2. Trzebicky: **Operacyjne leczenie chłoniaków na szyi.** Statystyka T. opiera się na liczbie chorych, operowanych w oddziele chirurg. Szpitala św. Łazarza w latach 1891—1901. Operowano 860 przypadków chłoniaków u 822 chorych; wiadomości o stanie tych operowanych przynajmniej o 3 lata wstecz (do r. 1898) otrzymano w 175 przypadkach, z tych 101 (57,7% są zdrowi, 15 (8,5%) są zdrowi, lecz ulegli nawrotowi, 19 (10,8%) słabuje, poczęści na płuca, a 40 (22,8%) zmarło na gruźlicę. Chorych z nawrotem (8,5%) należy zaliczyć do niewyleczonych; wynik ujemny operacyi odnosi się zatem do 33,6%, a 57,70% wyleczenia zgadza się także ze statystyką Blosa. Wynik trwały operacyi zależy od stanu majątkowego chorych, oraz od wczesnego czasu wykonania operacyi: u bogatych, leczących się po operacyi, wtórne zakażenie nie występuje, tem lepsza rękojmia zagojenia się, gruczoły nie zrastają się i nie ropieją. T. radzi bezwarunkowo operować, jeżeli gruczoły są powiększone i dla noża wogóle dostępne. Na operacyi jednak leczenie nie po-

winno się kończyć; należy ustrój wzmacniać i uodparniać go. Co do techniki operacyjnej, to trzeba sobie stworzyć wygodny dostęp, zwracając przytem uwagę i na kosmetykę; nie powinno się operować długo. Dobrze jest zaraz z początku odsłonić żyłę szyjną *(vena jugularis)*, ale nie zakładać zapobiegawczej pętli, jak to radzi Fenger, gdyż jest to niebezpieczne. Nie należy wycinać tłuszczu okołogruczołowego, który jest integralną częścią układu chłonnego, gdyż wywołuje się przez to obrzęk twarzy. Chorzy ci wogóle źle znoszą chloroform: dwa przypadki śmierci przy usypianiu na kilkadziesiąt tysięcy operacyj, dokonanych w oddziele, tyczą się chorych operowanych z powodu chłoniaków.

Dyskusya. Szuman (Toruń) zgadza się na to, co powiedział prelegent. Choroba ta się nawraca, lecz nawroty miejscowe są rzadkie, jeżeli się chłoniaki wycięło doszczętnie. Operacya Dollingera zdaniem mówcy nie jest dobrą we wszystkich przypadkach; tam gdzie są gruczoły zropiałe lub bardzo z otoczeniem zrośnięte trzeba podwiązywać dość często żyłę szyjną. Mowca był zmuszony jednego roku aż trzy razy podwiązać żyłę szyjną; wszystkie trzy przypadki z wynikiem dobrym.

Bogdanik (Biała) rozporządza także znacznym materyałem i sądzi, że jeśli gruczoły nie są zropiałe, jeśli ich przekrój nie jest serowaty, to wyniki operacyi są bardzo dobre. U ludzi biednych, których nie stać na leczenie, gruczoły te, zazwyczaj nie pozrastane, dają się łatwo wyłuszczyć; inaczej u ludzi, u których stosowano leki na zewnątrz, by ich uchronić od operacyi. Mówca ma na myśli jod, czy to w postaci maści czy nalewki i przestrzega przed jego stosowaniem, gdyż przypisuje jodowi zewnętrznie stosowanemu własność wywoływania zapaleń zlepnych, w następstwie czego powstają znaczne zrosty, utrudniające wielce operacyę; — są to zazwyczaj przypadki, wymagające podwiązania dużych naczyń

Kryński (Warszawa) radzi, by operacyę chłoniaków na szyi zaczynać od stworzenia preparatu anatomicznego przez możliwie jak najwcześniejsze odsłonięcie żyły szyjnej, gdyż mając już odpreparowane naczynia duże nie kaleczy się ich nigdy i nie trzeba ich podwiązywać, a więc za zasadę trzeba przyjąć wypreparowanie naczyń.

Bossowski (Kraków) zgadza się w zupełności z prelegentem: ma 50% blizko wyleczeń wskutek operacyi. Mowca jest za wyłuszczaniem gruczołów i to najdoszczętniejszem ze względu na później powstać mogącą gruźlicę płuc. Przypadki te nie nadają się do żadnego innego szpitalnego leczenia, jak tylko do operacyi.

Szuman (Toruń) zrobił to samo spostrzeżenie, co Bogdanik i przestrzega także przed stosowaniem jodu.

Sawicki (Warszawa) czyni postępowanie w tej chorobie zależnem od stanu majątkowego chorego: bogatych radzi ogólnie leczyć, biednych operować. Chorych gorączkujących ze zropiałymi gruczołami nie należy operować, przypadki te są najgorsze, a do tego chorzy tacy źle znoszą chloroform. Mówca rzuca myśl założenia w Galicyi uzdrowiska dla ubogich chorych na chłoniaki; niech się tu wykształci dzielny lekarz, a potem niech założy uzdrowisko dla bogatych: byłoby to z wielką korzyścią i dla owego lekarza i dla kraju, gdyż bogatych chorych nie będzie się wysyłać za granicę.

Krasowski (Gorlice) twierdzi, że przy jodzie i wewnętrznie podawanym powstają zrosty między gruczołami.

Mieczkowski (Poznań) jest tego zdania, że należy każdą ranę po chłoniakach tamponować gazą jodoformową bez względu na to, czy gruczoły te były zropiałe, czy nie. Następnie zapytuje, czy koledzy, posiadający większy materyał szpitalny nie zauważyli powstawania gruźlicy prosówkowej po wyłuszczeniu gruczołów, jak to miało miejsce trzy razy w klinice Czernego?

Hordyński (Kraków) operuje obecnie tylko wtedy, jeśli gruczoły są ograniczone i gdy ma nadzieję wycięcia bez nawrotu, tam zaś gdzie są całe szeregi gruczołów, tam nie operuje, a chorych tych woli wysłać na wieś.

Sawicki (Warszawa) radzi na podstawie swych dwóch przypadków szanować żyłę szyjną, a dopiero w ostateczności ją podwiązywać.

Kader: (Kraków) zapatruje się na to tak samo, jak Hordyński; posyła chorych na wieś, a dobre odżywienie, świeże powietrze i plaster rtęciowy na zewnątrz dają mu bardzo dobre wyniki. Przypadki, nadające się do operacyi, mówca operuje szybko ze względu na to, że jak stwierdził Trzebicky, chorzy ci źle znoszą chloroform; operuje idąc od żyły szyjnej, którą przy znacznych zrostach odrazu podwiązuje, torując sobie do niej drogę przez przecięcie całego pakietu gruczołów i kończy operacyę w 20—30 minutach.

Sołtysik (Husiatyn) zauważył także, że chorzy ci są mało odporni na chloroform, miał kilka przypadków duszenia się *(asphyxia)*.

Krasowski (Gorlice) zapatruje się pesymistycznie na wysyłanie ludzi na wieś, gdyż przecież dużo ludzi przychodzi do szpitala z chłoniakami ze wsi. Małe chłoniaki uważa za najgorsze i tych się wcale nie tyka.

Oderfeld (Warszawa) dziwi się operowaniu sposobem Doyena, *per fas et nefas*, przez wszystkie tkanki i gruczoły, polecanemu przez Kadera, wiedząc, że w technice można doprowadzić tę operacyę do mistrzowstwa. Gruczoły powinno się wyłuszczać w całości, a nie otwierać ognisk, zkąd cząstki dostają się do krwiobiegu i wywołują gorączkę. Na sposób operowania Kadera stanowczo się nie godzi, gruźlicę gruczołów na szyi uważa za nowotwór, a więc nie należy ich przecinać, lecz wyłuszczać w całości.

Hordyński (Kraków) miał przypadek śmierci z narkozy u operowanego na chłoniaki.

Rydygier (Lwów) nie pali się do tej operacyi, tak jak dawniej; bogatych chorych wysyła do Rabki, Iwonicza i nad morze. Za przeciw. wskazania do operacyi uważa zajęcie płuc i dziedziczne obciążenie. Sposób Doyena wcale go nie zachwyca, jest przeciwny otwieraniu gruczołów, nawet chociażby się szybko operowało. Trzeba robić cięcia szerokie, jak to robi Trzebicky by widzieć co się robi, a przedewszystkiem dążyć do wielkich naczyń. Podsuwanie podwiązek pod naczynia uważa za niepotrzebne jeśli trzeba, to podwiązuje.

Szuman (Toruń) zwraca uwagę na niebezpieczeństwo zakażenia krwi, jeśli mała żyła jest zrośnięta ze zropiałym gruczołem i jest nadżarta; wtedy gruźlicza ropa może łatwo dostać się do krwiobiegu.

Trzebicky (Kraków) stwierdza fakt, że wszyscy biorący udział w dyskusyi, godzą się na to, że operować trzeba. Sam operuje najwyżej ½ godziny i to zwykłym sposobem. Uważa wszelkie kawałkowanie za szkodliwe, gdy nie da się w takim razie uniknąć zakażenia. Po stosowaniu maści jodowej nie zawsze powstają zrosty, a po wewnętrznem stosowaniu jodu nie widział T., by zrosty powstawały. Zwraca uwagę na szkodliwy wpływ wewnętrznego stosowania arsenu, co się odbija na narkozie, gdyż serce pod wpływem arsenu ulega zmianie. Ranę zaszywa, nie tamponuje, bo na to ze względu na znaczną ilość chorych czasu niema, wyniki zaś są bardzo dobre. Uważa za rzecz obojętną, czy się do naczyń idzie zaraz na początku, czy później, byle postępować ostrożnie. Każdy gruczoł uważa za wroga, którego należy usunąć i tylko daleko posunięte zmiany w płucach są przeciwwskazaniem. (C. d. n.).

* * *

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 20. listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, wybrano jednomyślnie Dr. Adama Wrzoska na członka czynnego. Dr. H. Dobrzycki (jako gość) dał zupełny obraz urządzeń budującego się pod Warszawą uzdrowiska dla mniej zamożnych chorych na piersi. Kol. Dr. Ozga demonstrował okaz anatomiczny. Kol. Doc. Bochenek miał wykład: »O drogach nerwowych odruchów wywołanych wrażeniami wzrokowemi«.

* Dr. Władysław Janowski wydał w Warszawie »Zbiór prac z oddziału chorób wewnętrznych szpitala Dzieciątka Jezus« (Pierwsze pięciolecie 1897—1901). Obszerny tom, zawierający 19 prac, których lwią część (14) stanowią rozprawy samego Dr. Janowskiego, świadczy wymownie o kierunku naukowym, przestrzeganym w tym oddziale szpitalnym; a uwzględniwszy wszelkie inne okoliczności i trudności miejscowe, podziwiać należy pracowitość, zdolność i godną wysokiej czci dobrą wolę Dra Janowskiego i jego pomocników: Kalicińskiego, Ettingera, Gałeckiego i Tryjarskiego, którzy również umieścili swe prace w książce Dra W. Janowskiego. Wszystkie 19 rozpraw były w swoim czasie ogłoszone w czasopismach i innych wydawnictwach warszawskich, z tego powodu nie widzimy potrzeby oceniania ich obecnie. Drowi Janowskiemu i jego pomocnikom życzymy, ażeby pożyteczny i szlachetny ich trud wydał obfity plon w następnem 5-leciu.

* Kalendarz lekarski na rok 1903, układu Dra Edwarda Grażyńskiego, opuścił prasę. Zachowując wszystkie zalety swego poprzednika, t. j. wygodny kształt, czytelny druk, dobry papier, przejrzysty układ, Kalendarz na rok 1903 odznacza się uzupełnieniami we wszystkich niemal dawniejszych rubrykach a przytem wzbogacił się treścią zupełnie nową. Do nowych rubryk należą: 1) Środki używane do podskórnych wstrzykiwań i sposób ich używania. 2) Nowe środki lecznicze. 3) Praktyczne wskazówki karmienia niemowląt. 4) Wzrost i przybieranie na ciężarze u noworodków. 5) Lekarze ordynujący w zdrojowiskach krajowych i zagranicznych i t. d.

Kalendarz lekarski krakowski ma już wyrobioną opinię: wiernie i obficie zebrana treść informacyjna i lekarska tyle oddaje usług, że stał się on niezbędnem *vade mecum* lekarzy naszych.

* Na żądanie jednego z lekarzy krakowskich sprowadziła apteka p. Bartmańskiego (dawniej Hellera, przy placu Dominikańskim) spluwaczki tekturowe dla cierpiących na gruźlicę, które po zużytkowaniu niszczy się w ogniu i tem samem kładzie się tamę szerzeniu się zarazka drogą plwocin. Cena za sztukę 6 centów.

* Dzienniki niemieckie ogłaszają imienny wyrok wiedeńskiej Izby lekarskiej na 4 lekarzy: dwóch za złamanie słowa honorowego

na pozbawienie przez lat 3 praw wyborczych czynnych i biernych; trzeciego za pokrycie swojem imieniem partacza na 200 koron, a czwartego za ubliżające godności stanu reklamy na 400 koron. Ogłoszenie nazwisk skazanych obostrza dotkliwie wymierzoną karę; sądzimy jednak, że powinno ono mieć miejsce tylko względem niepoprawnych recydywistów.

* Komitet organizacyjny XIV. międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Madrycie dopuścił farmaceutów, dentystów, weterynarzy, literatów i t. d. do równych praw z członkami lekarzami (§ 2). Rosyjski Komitet narodowy uchwalił wysłać z tego powodu protest; jednocześnie zaznacza Komitet rosyjski, że skoro dopuszczono do obrad język włoski, to te same prawa należy przyznać i językowi rosyjskiemu.

Wszystkie usiłowania, ażeby językiem zjazdów międzynarodowych był jeden z języków europejskich, rozbiły się: włosi zagrozili abstynencyą, jeśli język włoski nie będzie dopuszczony do obrad; dziś znowu rosyanie upominają się o swoje prawa. Nad zjazdami międzynarodowymi gromadzą się chmury, analogiczne do tych, które zapanowały nad działalnością w parlamentach wielojęzycznych.

* Sprawozdanie statystyczne o ruchu ludności we Francyi za rok 1901 wykazuje przewyżkę 72,398 urodzin nad śmiertelnością. W r. 1900 odwrotnie liczba zgonów przewyższała liczbę urodzin o 25.988. Na ten przyrost złożyły się tak zwiększona liczba urodzin (o 29,977 więcej niż w r. 1900), jak i zmniejszona liczba zgonów (o 68.409 mniej niż w r. 1900). Te pomyślne wyniki, zwłaszcza co się tyczy śmiertelności, stwierdzono w równej mniej więcej mierze w całej Francyi.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLIV. (26—X—1—XI). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 15, urodziło się dzieci 69, zmarło osób 42, mianowicie: z gruźlicy 13 (4 zam.), z zapalenia płuc 5 (1 zam.), z płonicy 5, z cholery dziecięcej 4.

* Między 5 a 11 listopada doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gmina), horodeńskim (2 gminy), kamioneckim (1 gmina).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani: Dr. Kümmel — dyrektorem kliniki otyatrycznej w Heidelbergu. Dr. Düring — prof. nadzwyczajnym chorób płciowych w Kilonii. Dr. Phokas — profesorem chirurg. kliniki w Atenach. — W Montpellier mianowani zostali: Dr. Bertin Sans — profesorem higieny; Dr. Imbert — profesorem toksykologii i chemii organicznej; Dr. Poirier mian. prof. anatomii w Paryżu.

Nekrologia. Dr. Adolf Fleischmann, lekarz kolejowy, zmarł w Kozowej, licząc lat 44. — Dr. Wacław Żyliński zakończył życie na Litwie, w 32-gim roku życia.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Nr. 21. Bornstein: Rozpoznanie różniczkowe neurastenii i pierwszych okresów bezwładu postępującego. Neugebauer: Obturator Dr. Hollwega, rodzaj pesaryum, jako środek zapobiegający poczęciu; proces karny i skazanie Dr. Hollwega na 5 miesięcy więzienia.

— *Medycyna* Nr. 46. Biro: Porażenie mięśnia zębatego przedniego, wielkiego istotne i wrzekome. Bikeles i Franke: O lokalizacyi w rdzeniu pacierzowym, dotyczącej włókien czuciowych i ruchowych najważniejszych nerwów splotu barkowego. (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 46. Zenczykowski: Z pomyłek w rozpoznawaniu stwardnienia wieloogniskowego. Halpern: O własnościach hemolitycznych surowicy ludzkiej. Brudziński: Najnowsze teorye krzywicy i najnowsze próby jej leczenia. (c. d.).

Przegląd felczerski Nr. 22. O zmianach i zaburzeniach w organizmie, następujących pod wpływem urazu (c. d.) — O złamaniach (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 46. Maixner: Jan Bohumil Eiselt. Krátká historie Pražské lékařské fakulty. Hippokratismus ve vnitřní medicině. (dok.) Niederle: Z kasuistiky střelných poranění břišních (případ několikeronásobného zranění střeva). Heveroch: Prelekcya Mariego: La dysostose cleido cranienne héréditaire.

Liečnički Viestnik Nr. 11. Miler: Kriminalno pravna odgovornost liečnika.

— *Lekarske rozhledy* Nr. 11. Hála: Přispěvek k otázce trachomové v Čechách.

— *La Présse médicale* Nr. 90. Dejerine: Kurs historyi medycyny.

— Nr. 91. Bezançon i Labbé; Leukocytoza w chorobach zakaźnych. De Lavarenne: Prace naukowe międzynarodowej Konferencyi o gruźlicy.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 46. Lipstein: O uodpornianiu prątkami błonicy. Heller: Opatrunek w złamaniach ramienia i stawu barkowego. Kuckein: Dwa przypadki raka przełyku, przebiegające z pozorami tętniaka aorty. (c. d.) Hecker: Rozpoznanie przymiotu płodowego. (dok.). Fuchs: Kamica żółciowa a choroby trzustki.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 45. Salomon: Posocznica meningokokowa. Feinberg: O zastosowaniu metody Romanowskiego do barwienia skrawków tkanek, zwłaszcza guzów rakowych. Hamburger: O uprawnieniu i konieczności przerwania ciąży u roboczych kobiet gruźliczych. Mitulescu: Przyczynek do badań przemiany materyi w gruźlicy przewlekłej. (c. d.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 46. Jellinek: Spostrzeżenie kliniczne zaburzeń zdrowia, wywołanych elektrycznością atmosferyczną i techniczną. Marburg: Przyczynek do patologii wielkich naczyń mózgu. Harmer: Wrodzona błona na tylnej ścianie krtani. Albrecht i Ghon: Raz jeszcze o meningokoku międzykomórkowym. Schrötter: O stanie usiłowań do zwalczania gruźlicy w Austryi.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 45. Langstein: Wodniki węgla białych ciałek krwi. Struppler: Przyczynek do wiedzy o ropnem zapaleniu opon mózgowych i zapaleniu opon mózgu i rdzenia, wychodzących z nozdrzy. Stursberg: O arystochinie, przetworze pochodnym chininy, pozbawionym smaku. Revenstorf: O wartości kryoskopii dla rozpoznania śmierci z utonięcia. Keil: Zapobieganie wytwarzaniu się krwiaka za pomocą cięcia nad spojeniem łonowem według Küstnera. Philippi: Przypadek dławcowego zapalenia płuc i posocznica, wywołane pneumokokiem Friedländera. Steinhaus: Przypadek kiłowego obustronnego porażenia n. tylnego, zakończony wyzdrowieniem. Moos: Przypadek płatowego zapalenia płuc z następową ostrą pęcherzycą u $2^1/_2$-letniego dziecka. Tubenthal: Rana kłóta nerki. Lichtwitzt: Przypadek wrodzonej moczówki prostej, powikłanej z padaczką po udarze słonecznym. Schröder i Brühl: Dalszy przyczynek do sprawy: »O wzajemnym stosunku ruchów, ciepłoty ciała i albumozuryi do siebie i do gorączki w gruźlicy«. Niedner: Wykazanie udawania u osób histerycznych i w chorobach z wypadków. Ostermaier: Działanie atropiny na jelita.

Redakcya otrzymała. Wł. Janowski: Zbiór prac z oddziału chorób wewnętrznych szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 26 listopada, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie nadzwyczajne, na którem koledzy: prof. Rosner i doc. Rutkowski wygłoszą wspólny wykład: *„Apendicitis in gravida"*.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.